

CONTRIBUTION
A L'ÉTUDE DE LA MYOMECTOMIE
AU COURS DE LA PUERPÉRALITÉ

THÈSE

présentée et soutenue publiquement le Mardi 6 Mai 1924

POUR OBTENIR LE GRADE DE

DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

BAUDOT CHARLES-LOUIS 

INTERNE DES HOPITAUX

MONITEUR A LA MATERNITÉ

Né le 31 Mars 1894 à Landerneau (Finistère)

Examineurs de la Thèse.....	{	MM. FRUHHINSHOLZ, professeur	} <i>Président.</i>	
		MICHEL, professeur.		
		JOB, agrégé		} <i>Juges.</i>
		HAMANT, agrégé		

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical



Digitized by the Internet Archive
in 2026

CONTRIBUTION

A L'ÉTUDE DE LA MYOMECTOMIE

AU COURS DE LA PUERPÉRALITÉ

THÈSE

présentée et soutenue publiquement le Mardi 6 Mai 1924



POUR OBTENIR LE GRADE DE

DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

BAUDOT CHARLES-LOUIS 

INTERNE DES HOPITAUX

MONITEUR A LA MATERNITÉ

Né le 31 Mars 1894 à Landerneau (Finistère)

Examineurs de la Thèse.....	{	MM. FRUHINSHOLZ, professeur	<i>Président.</i>
		MICHEL, professeur.	} <i>Juges.</i>
		JOB, agrégé	
		HAMANT, agrégé	

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

La myomectomie, opération connue depuis longtemps déjà, revenait en honneur, ainsi que le prouvaient les observations publiées, et c'est alors que M. le Professeur Fruhinsholz nous conseilla de tenter une étude de la myomectomie pratiquée pendant la puerpéralité.

Après un premier chapitre, consacré à l'histoire de la question, nous aborderons, Chapitre II, l'étude des complications dues aux fibromes utérins pendant la puerpéralité. Puis, dans le Chapitre III, nous exposerons la technique de l'opération idéale à leur opposer.

Le Chapitre IV montrera, à l'aide des observations recueillies dans la littérature, les circonstances qui ont amené à pratiquer la myomectomie.

Dans le Chapitre V, nous indiquerons les résultats obtenus, tant pour l'enfant que pour la mère, et nous en déduirons, Chapitre VI, les indications, et Chapitre VII, les contre-indications de la myomectomie.

Suivront les conclusions et quelques observations.

A la mémoire vénérée de mon Père

A ma Mère

A ma Famille

A mes Amis

A mes Camarades
des 407^e, 229^e, 29^e Régiments d'Infanterie
morts pour la France.

A mon Président de Thèse

Monsieur le Professeur FRUHINSHOLZ

Chevalier de la Légion d'Honneur

A mes Juges

Monsieur le Professeur MICHEL

Chevalier de la Légion d'Honneur

Monsieur le Professeur agrégé JOB

Chevalier de la Légion d'Honneur

Monsieur le Professeur agrégé HAMANT

**A tous mes Maîtres à la Faculté
et dans les Hôpitaux**

CONTRIBUTION

à l'Etude de la Myomectomie

AU COURS DE LA PUERPÉRALITÉ

CHAPITRE I

HISTORIQUE

La myomectomie vaginale fut tentée pour la première fois au cours de la grossesse, vers 1856 par Hauck. Ensuite Dauryau, Ogden, Mayo Robson, Vautrin ont énuclé de volumineux fibromes par la voie vaginale.

La myomectomie abdominale, abandonnée à cause de ses nombreux accidents, fut remise en honneur par Martin de Berlin vers 1873 et Péan, en 1874, pratique une myomectomie abdominale, chez une femme enceinte de 5 mois, pour une tumeur fibrokystique ; elle avorta

le lendemain mais guérit. En 1886, Routier communique à la Société de chirurgie un second cas de myomectomie au cours de la grossesse.

De 1890 à 1900, tant en France qu'à l'étranger, les chirurgiens pratiquent la myomectomie pour fibromes gravidiques et les résultats des 36 observations publiées sont variables. Il semble néanmoins que l'avortement devient moins fréquent et les suites opératoires pour la mère moins dangereuses au fur et à mesure que les techniques se précisent et que l'asepsie entre en jeu.

En 1901, une discussion est engagée à la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie de Paris et précise les conditions de toute intervention pendant la grossesse pour fibrome gravidique. Il ressort de cette discussion « que les femmes enceintes, atteintes de fibromes, ont le plus souvent une grossesse exempte de complications qui évolue jusqu'au terme malgré le volume excessif de certains fibromes ; que par conséquent, l'intervention au cours de la grossesse compliquée de fibromes doit être exceptionnelle et motivée seulement par l'apparition d'accidents graves ; que cependant il ne faudra pas attendre une gravité des accidents telle que ceux-ci soient au dessus de nos moyens thérapeutiques ».

Ces conclusions furent adoptées en France par les accoucheurs : Pinard, Bar, Ribemont, Dessaignes, Lepage, par certains chirurgiens : Routier, Quénu, Delbet, Segond, Monprofit, Delagenière, Pozzi.

Cependant, quelques auteurs, J. L. Faure, Schwartz, Condamin, hantés par la crainte des accidents dont la

femme peut se trouver menacée pendant la puerpéralité, ont été amenés à faire totale abstraction du produit de conception et enclins à intervenir de façon hative à la moindre alerte. Richelot posant pour la femme le principe de l'état « de légitime défense » soutient qu'il faut opérer pendant la grossesse non seulement quand existent des phénomènes graves, mais toutes les fois que le volume, le siège, le développement de la tumeur font prévoir des dangers prochains pour la femme.

Dans sa Thèse, Fontaine, d'après les statistiques qu'il a dépouillées de 1874 à 1900 et de 1900 à 1913, fait remarquer « qu'à l'heure actuelle (1914) il semble que la myomectomie conservatrice au cours de la grossesse soit moins souvent tentée qu'autrefois », et donne pour appuyer ses dires, les chiffres suivants :

1874-1900	{	56 cas de myomectomie abdominale avec	
		48 guérisons soit 90 % dont :	
		23 accouchements à terme . . .	46 %
		6 — prématurés . . .	12,5 %
		13 avortements	27 %
		6 cas sans renseignements.	
1900-1913	{	31 cas de myomectomie abdominale avec	
		30 guérisons dont :	
		26 accouchements à terme . . .	86 %
		2 — prématurés . . .	7 %
		2 avortements	7 %

A ces chiffres on pourrait objecter que les deux périodes envisagées ne sont pas identiques comme nombre d'années et ne peuvent être comparées ; mais d'autre part, depuis 1900, la hardiesse du chirurgien

n'a fait que croître avec l'ère aseptique et il ne nous semble pas que cette critique ait grande valeur. On doit plutôt penser que les indications de la myomectomie ont été précisées et réduites. — Nous avons relevé les opinions de différents auteurs sur la myomectomie et nous croyons intéressant de les relater.

Pour Pozzi « la myomectomie au cours de la grossesse est une opération d'exception qui ne doit être faite qu'en vertu d'une indication impérieuse. Elle doit être pratiquée avec des précautions spéciales. La grossesse peut continuer à évoluer et l'accouchement se faire à terme. »

Dans sa thèse Blanchard indique l'opinion du professeur Pinard sur les indications de la myomectomie « chez toute femme enceinte chez laquelle il se produit une torsion d'une tumeur au voisinage de l'utérus, qu'il s'agisse d'un kyste de l'ovaire, d'un hydrosalpinx ou d'un fibrome, il y a intérêt à pratiquer l'ablation de la tumeur car il est impossible de savoir si ces accidents de la torsion n'ammèneront pas des complications redoutables et n'obligeront pas à intervenir d'une manière un peu tardive et dans des conditions moins favorables que celles dans lesquelles on aurait opéré plus tôt ».

Les thèses de Grosse, Burty, Jamain, s'attachent à étudier les indications de la myomectomie pendant la grossesse. A l'étranger les avis diffèrent : tandis que les Allemands Landau, Tauffer, Scipiades estiment qu'il ne faut intervenir tant que le fœtus n'est pas viable, que s'il y a un danger imminent pour la mère, en

Russie les avis sont partagés, Lembergsky, Jacobson, Jastryemlesky opèrent facilement les fibromes gravidiques, Grégorief, Karkouchine, Nejolor sont contre la myomectomie, Dimitri Ott allant même jusqu'à dire que la grossesse évolue rarement après une myomectomie. Quant aux Américains, ils sont pour la plupart très interventionnistes

Tel était l'état de la question en 1914.

Depuis la guerre il semble, d'après le nombre relaté d'observations de myomectomie au cours de la gestation, que cette intervention soit de nouveau en honneur. Quelles en sont les raisons.

Et tout d'abord nous pouvons nous demander si du fait de la guerre qui a raréfié les mariages, créant ainsi celles qui plus tard deviendront des primipares âgées, ces prédisposées aux fibromes, le nombre des fibromateuses enceintes ne s'est pas trouvé accru depuis cette période. Consultante les statistiques de la Maternité de Nancy à ce point de vue, nous avons établi le relevé des cas de fibromes et grossesse relatés de 1900 à 1919, puis de 1920 à 1922. Pour la 1^{re} période sur 16285 accouchements nous avons trouvé 17 cas de fibromes soit 1/1000, pour la 2^{me} période sur 3106 accouchements, 43 cas de fibromes, soit 13/1000.

Tout en faisant remarquer que ce chiffre de 1/1000 est bien inférieur à celui des statistiques de Pinard qui donne une proportion de 7/1000, de Brindeau 8/1000, de Troel 4/1000, nous estimons quand même pouvoir conclure que depuis 1920, les cas de fibromes observés dans les Maternités ont sensiblement augmenté.

Autrefois, les moyens d'action radicale sur les

fibromes étaient soit l'hystérectomie, soit plus rarement la myomectomie. Depuis l'apparition des agents physiques Rayons X et radium, qui peuvent faire disparaître certains fibromes tout en laissant intact l'utérus, ne s'est-il pas créé une sorte de concurrence entre la thérapeutique chirurgicale et la thérapeutique physique, la première ne voulant en rien céder sa place à la seconde et cherchant elle aussi à obtenir le même résultat final : guérir tout en sauvegardant l'intégrité physique et morale de la femme. Et voilà que J. L. Faure au II^{me} Congrès des Gynecol et Obstétriciens de Langue française septembre 1921, montre que la myomectomie est de beaucoup préférable à la curiethérapie dans le traitement des fibromes chez les femmes jeunes, cette thérapeutique ayant, selon l'aveu de Beclère lui même, un inconvénient sérieux vis à vis duquel on est totalement désarmé : la stérilisation des ovaires avec sa conséquence, plus de grossesses ultérieures.

A l'heure actuelle, devant la crise de la natalité, ne devons nous pas mettre en œuvre tous les moyens dont nous disposons pour sauvegarder une nouvelle vie et en face d'une intervention urgente pour la vie de la mère, n'est-il pas nécessaire dès que les circonstances s'y prêtent, de risquer une opération de gravité réduite pour celle-ci, mais qui peut permettre à la grossesse de suivre son cours. Les résultats encourageants obtenus ont pu pousser les opérateurs dans cette voie, et c'est ainsi que sortie de son abandon relatif rendue de plus en plus nécessaire par « la lutte pour le mieux » et les conditions actuelles, la myomectomie est de plus en plus pratiquée au cours de la gestation.

CHAPITRE II

ÉTUDE DES COMPLICATIONS DUES AUX FIBROMES UTÉRINS

§ I. — **Topographie — Nombre — Volume des fibromes**

Les chirurgiens classent les fibromes, d'après leur situation par rapport au muscle utérin, en fibromes sous-péritonéaux — interstitiels — sous-muqueux ; — les accoucheurs, étant donné la différenciation de l'utérus au cours de la grossesse en ses trois segments, col, segment inférieur et corps, ont basé une classification des fibromes sur ces données particulières, et distinguent les fibromes du col, du segment inférieur, et du corps. Pour l'étude de la myomectomie, il nous faut envisager, en plus, diverses particularités topographiques.

1° La direction vers laquelle évolue le fibrome.

2° Son implantation.

1° *Direction.*

L'évolution des fibromes peut se faire, ou vers la cavité abdominale, ou vers la cavité utérine ; suivant que le siège initial est sur les bords de l'utérus, sur le segment inférieur ou sur les faces du corps, le fibrome se développera dans le ligament large, ou à nu dans l'abdomen. Si l'évolution se produit vers la cavité utérine, ce qui est le fait des fibromes sous-muqueux, ou bien le fibrome restera largement adhérent au muscle, sessile, ou bien se libérera pour se transformer en polype.

2° *Implantation.*

Pendant la gestation, il se produit une hypertrophie des fibres utérines tendant à l'augmentation d'épaisseur des parois de l'organe, d'autre part, l'œuf, de par son développement, distend le muscle qui le moule, et contribue à son amincissement, effaçant ainsi, dans une certaine mesure, la différence qui existe entre les fibromes interstitiels et sous-péritonéaux ; c'est ainsi que les fibromes sous-péritonéaux tendront à se pédiculiser de plus en plus, les fibromes interstitiels feront plus ou moins hernie du côté de la séreuse, tout en restant implantés dans l'épaisseur du muscle, c'est-à-dire restant sessiles.

Nous classerons donc les fibromes de la façon suivante :

1. Fibromes du col <

Pédiculés
Sessiles
2. Fibromes du segment inférieur <

Pédiculés
Sessiles
3. Fibromes du corps <

Pédiculés
Sessiles

4. Fibromes inclus dans le ligament large.

5. Polypes.

Chaque variété de fibromes se rencontre plus ou moins souvent, ainsi qu'il ressort des recherches faites d'après les statistiques de la Maternité de Nancy (60 cas, de 1900 à 1922) et des 70 observations précises que nous avons recueillies dans la littérature depuis 1910, soit 130 observations.

Fibromes du corps : 94

— seg. Inf. : 16

— col : 7

— inclus dans le ligament large : 5

Polypes : 4.

Sur le même utérus les fibromes peuvent se trouver en plus ou moins grand nombre ; c'est ainsi que nous avons relevé : 9 cas de 2 fibromes ; 5 cas de 3 ; 1 cas de 4 ; 1 cas : fibromes multiples au delà de 5 ; 1 cas de 9 ; 4 cas : fibromes multiples.

Les volumes de ces fibromes varient, et nous mentionnerons les termes de comparaison les plus fréquemment employés pour les désigner : noix : 1 ; œuf de pigeon : 1 ; de poule : 2 ; mandarine : 7 ; orange : 4 ; poing : 4 ; tête de fœtus : 3 ; d'enfant : 3.

Dans certaines observations, le poids des fibromes énucléés est indiqué : 240 gr.; 500 gr.; 1250 gr.; 2150 gr.; 4750 gr.; plus de 9000 grammes.

§ II. — Evolution de la grossesse dans les utérus fibromateux

L'évolution normale de la gestation dans les utérus fibromateux est actuellement admise comme étant l'éventualité la plus fréquente. Sur les 60 cas relevés à la Maternité de Nancy nous trouvons 54 évolutions normales. La grossesse a évolué indépendamment de la tumeur qui, dans certains cas même, est restée tellement silencieuse qu'elle ne fut découverte que par hasard, soit au cours de l'accouchement, soit au cours de la délivrance.

Dans d'autres cas, relativement rares heureusement, il n'en est plus de même, et la grossesse évolue au milieu de complications que nous allons envisager. Nous classerons ces accidents en accidents dus à la gêne apportée par le fibrome au développement de l'œuf et en accidents dus aux altérations particulières des fibromes.

A. Accidents dus à la gêne apportée par le fibrome au développement de l'œuf.

1. *Grossesse ectopique.*

Cette complication dont Trœll a réuni 61 cas est due à la présence de fibromes sous-muqueux, voisins des orifices tubaires, susceptibles, ou de les obstruer plus ou moins, ou de couder la trompe, de gêner ainsi l'arrivée de l'œuf dans la cavité utérine, et de l'immobiliser dans la trompe.

2. Hémorragies.

Celles-ci peuvent être provoquées ou par l'insertion du placenta sur le segment inférieur, sur le fibrome, ou par l'endométrite. Les fibromes sessiles et les polypes entraînant des modifications profondes du côté de la muqueuse utérine, sont ceux qui semblent favoriser le plus l'insertion basse du placenta (Pinard);

Nauss en donne une fréquence de $\frac{2}{100}$, Lefour de $\frac{4}{100}$.

Chabbazian incrimine également les fibromes du col ayant relevé cette complication 2 fois sur 80 cas. D'autres auteurs attribuent ces hémorragies au décollement du placenta inséré sur la saillie que fait un fibrome se développant vers la cavité utérine.

Dans l'observation N° V, les hémorragies abondantes et répétées peuvent être expliquées par la congestion locale favorisée par la sclérose des vaisseaux autour du foyer vivant qu'est le fibrome (théorie de Hepp.)

L'endométrite fréquente chez les fibromateuses a été également invoquée comme cause de ces hémorragies (Wyder), qui par leur abondance et leur répétition peuvent être un danger pour la vie de la mère. Le plus souvent c'est aux environs de l'époque menstruelle manquante que surviennent ces pertes sanguines, leur abondance et leur durée suffisent le plus souvent à les faire reconnaître comme telles.

3° Avortement et Accouchement prématuré.

Les statistiques de Nauss et Lefour donnant $\frac{23}{100}$

d'avortements dans les fibromes du corps, de Chahbazian $\frac{10}{100}$ dans les fibromes du col semblent indiquer que les fibromes du corps exposent plus à l'avortement que ceux du col.

Les fibromes du col et du segment inférieur prédisposeraient plus aux accouchements prématurés que ceux du corps, témoins les chiffres de :

Chahbazian 10 acc. prématurés sur 73 fibromes du col soit $\frac{23}{100}$

Lefour 23 acc. prématurés sur 227 fibromes du col soit $\frac{10}{100}$

Pendant la première moitié de la grossesse l'agrandissement de la cavité utérine se fait surtout aux dépens du corps, un fibrome de cette région apportera donc une gêne à l'ampliation utérine, d'où risques d'avortement ; tandis que dans les derniers mois c'est le segment inférieur qui entre en jeu, d'où accouchement prématuré.

La fréquence des avortements ou accouchements prématurés dans les utérus fibromateux nous est donnée par Viel qui cite :

Jamain 20 avortements sur 84 cas.

Garkisch 86 — — 232 —

Méheut 30 accouch. prématurés 80 —

Cleisz dans sa thèse cite 5 avortements sur 23 cas tirés de la statistique de la Maternité de Nancy jusqu'en 1908. Sur les 60 cas que nous avons relevés à la même source, nous trouvons 4 avortements et 5 accouchements prématurés. Les causes provocatrices

de ces accidents sont l'endométrite, l'insertion vicieuse du placenta, les contractions utérines réflexes provoquées par le fibrome jouant le rôle d'épine irritative, l'enclavement de l'utérus, les adhérences qu'il a pu contracter. En un mot toutes les causes qui provoquent d'ordinaire l'avortement agissent avec une facilité bien plus grande quand elles s'exercent sur un utérus rendu plus apte à réagir par l'existence d'un fibrome dans son parenchyme.

L'avortement est particulièrement grave dans ces cas : l'irrégularité des contractions utérines, les hémorragies, l'anfractuosité de la cavité, la rétention placentaire fréquente et l'infection facilement réalisée en assombrissant le pronostic.

B. Accidents dus aux altérations particulières des fibromes.

Ces altérations peuvent porter soit sur le volume, soit sur la situation, soit sur la structure des fibromes.

a) Modifications de volume.

C'est une notion généralement admise que les corps fibreux subissent au cours de la grossesse un développement plus ou moins marqué, au point que celle-ci rend nettement perceptibles des fibromes ignorés jusques là. Cet accroissement est du à la prolifération du tissu conjonctif interstitiel, à la vascularisation exagérée, à l'hypertrophie des fibres musculaires lisses. Mais pour que cette augmentation de volume ait lieu, il faut que le fibrome soit réellement utérin, un fibrome pédiculé augmente peu, que le fibrome soit

jeune, bien vivant, en voie de croissance lors de la fécondation (Pinard).

Pour Seitz toute cette hypertrophie est conditionnée par l'intensité circulatoire de tout l'utérus et aussi par des hormones provenant des corps jaunes souvent anormalement actifs en cas de fibromyomes ; de même que l'ovaire agit sur le développement gravidique de l'utérus, il agit sur l'accroissement des myomes.

La situation topographique du corps fibreux peut avoir une certaine importance sur la date d'apparition de son accroissement ; les fibromes du corps augmentent surtout de volume pendant les premiers mois, les fibromes du col d'après Chahbazian ne prennent leur plein développement qu'à la fin de la grossesse.

Le plus souvent l'accroissement du fibrome se fait lentement et le volume atteint est modéré ; mais dans quelques cas, cet accroissement évolue avec une rapidité et une intensité surprenantes, c'est ce que Pozzi a appelé la « marche galopante des fibromes », pouvant faire croire au développement d'une tumeur maligne tant par les symptômes physiques que par l'atteinte de l'état général. Les fibromes dans leur accroissement lent ou rapide peuvent comprimer les organes environnants et provoquer des accidents que nous allons passer en revue.

1. *Compression des voies urinaires.*

La compression de la vessie provoque tout d'abord une dysurie légère avec pollakiurie, constituant plutôt une gêne qu'une vraie complication ; mais l'irritation que produit le contact du fibrome amène parfois une contraction réflexe du sphincter vésical et de la

rétention d'urine avec la menace d'infection, qu'elle comporte en raison des cathéterismes.

La compression des uretères est plus grosse de conséquences ; provoquant la distension du bassin et avec uronéphrose, la rétention favorise l'infection, provoque la pyélonéphrite et peut également entraîner outre l'albuminurie, des signes d'insuffisance rénale, de l'anurie, toutes complications qui menacent sérieusement la vie de la mère.

2. Compression de l'intestin.

La compression du rectum provoque une constipation qui devient rapidement rebelle à toute médication et peut même dans certains cas se compliquer d'obstruction intestinale chronique et progressive.

La compression du grêle évolue presque toujours insidieusement, au début la lenteur des digestions, la flatulence, la constipation persistent plusieurs jours et se terminent par une débacle suivie d'une amélioration passagère. Peu à peu la durée des périodes de constipation augmente, le ventre tend à se ballonner et l'occlusion semble complète sauf émission de gaz ; cependant une médication laxative amène encore une débacle. Finalement les accidents se renouvellent, résistent à toute thérapeutique et l'occlusion est constituée : la perte de l'appétit, la langue sale, l'haleine fétide, des vomissements fréquents, les traits tirés témoignent des progrès de l'intoxication.

Dans sa forme aiguë, extrêmement rare, l'occlusion se manifeste par une douleur vive, abdominale, puis surviennent avec l'arrêt des matières et des gaz des vomissements plus ou moins abondants.

3. *Compression nerveuse.*

Les douleurs sont des incidents qu'on rencontre couramment dans l'évolution des grossesses même normales ; mais la compression continue et progressive des plexus lombaire et sacré par un utérus gravide fibromateux peut provoquer des douleurs vives, surtout localisées à la région hypogastrique, avec irradiations vers le sacrum, les régions lombaires, périnéale et les membres inférieurs. Souvent d'une grande acuité, elles s'exagèrent par la station debout et rendant la marche impossible confinent la femme au lit ; dans quelques cas même, ces phénomènes sont si violents qu'ils rendent le repos impossible et retentissent gravement sur l'état général.

Les douleurs peuvent aussi être dues à d'anciennes adhérences fixant un fibrome sous-péritonéal dans les régions inférieures de l'abdomen et tirillées par l'ascension abdominale de l'utérus gravide ; de même l'irritation du péritoine par les frottements que lui infligent des fibromes maintenus bien appliqués par une paroi abdominale bien sanglée peuvent être cause de réactions douloureuses intenses.

4. *Compression des vaisseaux.*

La compression des gros troncs vasculaires, veine cave inférieure, veines hypogastriques peut se manifester par des varices, de l'œdème des membres inférieurs et de la partie inférieure de l'abdomen, quelquefois même par de l'ascite.

5. *Compression générale. Refoulement du diaphragme.*

L'accroissement exagéré de l'utérus gravide et fibro-

mateux peut entraîner des troubles de compression générale, un développement anormal de l'abdomen gênant la marche, entraînant de la douleur, de la dyspnée par refoulement du diaphragme ou par phénomène réflexe et entraîner également des troubles cardiaques : ce sont parfois de simples phénomènes d'éréthisme cardio-vasculaire avec palpitations, exagération de la fréquence et de la tension du pouls, parfois aussi de la dilatation du ventricule droit et de la dégénérescence graisseuse du myocarde. Ces troubles de compression s'installent le plus souvent d'une façon lente mais progressive ; mais dans certains cas d'accroissement rapide et brusque de l'utérus, l'état général profondément atteint, tend vers la cachexie.

6. *Troubles de réaction péritonéale.*

Quand la tumeur fibreuse s'accroît très rapidement, elle peut donner lieu à des douleurs abdominales vives, à des vomissements, parfois même à de l'ascite, troubles qui peuvent revêtir l'allure d'une véritable péritonite. Dans d'autres cas, c'est, ainsi que nous le verrons plus loin, la torsion ou la nécrose des fibromes qui engendrent ces phénomènes.

b) **Modification de situation.**

Normalement l'utérus gravide, d'organe primitivement pelvien devient abdominal ; cette ascension est habituelle aussi dans les cas d'utérus fibromateux.

1. *Rétroposition. — Incarcération.*

Mais les cas anormaux ne sont pas rares : un fibrome du fond de l'utérus peut en cas de rétroflexion de l'organe tomber dans le bassin et y rester enclavé,

un fibrome développé sur la paroi postérieure de l'utérus et atteignant un certain volume buter contre le promontoire et ne pouvoir se dégager, enfin les fibromes qui se développent dans les ligaments larges n'ont qu'une mobilité relative et ce sont eux qui sont le plus souvent bloqués dans le bassin. C'est généralement vers le 4^e mois qu'apparaissent les accidents, ce moment étant celui où l'utérus et les fibromes s'accroissent le plus. Ils débutent soit sans cause appréciable, soit sous l'influence d'une chute, (Grosse) et évoluent ensuite d'une façon progressive provoquant les divers troubles de compression étudiés précédemment.

Il est rare que le désenclavement se produise spontanément ou qu'il permette à la grossesse d'aller jusqu'à terme comme dans le cas relaté par Varnier et Delbet.

2. *Torsion des fibromes.*

Cette complication que Blanchard dit avoir rarement rencontrée, (9 cas antérieurs à 1907) semble en réalité être une de celles pour lesquelles on intervient le plus souvent : 11 cas sur 54. Pour que la torsion du fibrome se produise il faut d'après Delga, que le fibrome de volume notable, de densité élevée, de surface lisse et régulière, soit pourvu d'un pédicule long et grêle. Le relâchement de la sangle abdominale, les alternatives de réplétion et de vacuité de l'S iliaque, les changements brusques d'attitude sont donnés comme cause provocatrice de la torsion qui se fait habituellement de gauche à droite (13 fois contre 2 dans le sens opposé d'après Lemeland), atteignant un degré variable de 90° à plusieurs tours.

La torsion peut se manifester d'une façon aiguë, par une douleur violente dans le bas-ventre, s'irradiant rapidement dans tout l'abdomen ; la malade pâle, anxieuse, le facies péritonéal, les vomissements, le pouls rapide et petit, la température élevée, la paroi contracturée rendant l'examen quasi impossible, simulent une péritonite.

Dans sa forme lente, la torsion du fibrome provoque une douleur assez vive, sans nausées ni lipothymies ; le pouls est peu accéléré, la température faiblement élevée et l'examen complet généralement possible montre les rapports existants entre la tumeur et l'utérus. Sous l'influence du traitement, des applications de glace, les symptômes peuvent rétrocéder, mais se renouveler peu après. La torsion se complique fréquemment de nécrose, de suppuration due au colibacille émigré de l'intestin, de réaction péritonéale avec épanchement séreux ou sanguinolent.

3. Torsion de l'utérus.

Cette complication, donne lieu aux mêmes symptômes que la précédente : les fibromes sessiles volumineux, inclus dans l'épaisseur des parois de l'utérus, ne faisant avec lui qu'une masse volumineuse sont susceptibles de lui faire subir une torsion axiale au niveau de son isthme préalablement allongé, et ramolli par la gestation.

C) Modification de structure.

Ces modifications peuvent être classées en :

1. Dégénérescence œdémateuse.

L'hypertrophie normale du fibrome entraîne souvent

une compression de son réseau veineux, il en résulte une exudation abondante de sérosité dans la trame du fibrome, produisant de l'œdème et par suite un ramollissement de la tumeur ; cette circonstance empêche souvent la dystocie, nous ne nous arrêterons donc pas sur cette complication qui n'en est pas une au sens que nous attachons à ce terme.

2. *Dégénérescence kystique.*

Mais l'œdème s'il est poussé à un stade avancé, peut dilacérer la trame du fibrome et le transformer en une sorte de kyste multiloculaire ; ces kystes ne possèdent pas de paroi épithéliale propre et par leur accroissement peuvent donner lieu aux accidents envisagés dans le § II.

3. *Nécrobiose.*

C'est la mort locale, aseptique, de la tumeur. Cette complication se rencontre surtout chez les primipares, du 3^e ou 5^e mois (Leroux), la cause en est fort discutée, non pour les fibromes pédiculés où intervient la torsion ou l'élongation du pédicule entraînant l'arrêt de la circulation artérielle ; mais pour les fibromes sessiles on a invoqué successivement l'action de microbes hémolytiques, de thromboses des veines de la capsule, de stase vasculaire, d'obstacles circulatoires, lésions qui toutes aboutiraient à l'ischémie artérielle nécessaire à l'établissement de la nécrobiose.

Que le début des signes qui vont déceler la nécrobiose se fasse selon un mode aigu, subaigu ou chronique c'est par une douleur plus ou moins violente qu'ils débutent, douleur qui va persister plus

ou moins intense mais sera fixe dans son siège au niveau du fibrome, s'irradiant peu et exagérée par le palper. La tumeur augmente de volume, donnant parfois lieu en plus à des troubles de compression ou de réaction péritonéale.

La malade maigrit, perd rapidement ses forces, son tacies s'altère, devient jaunâtre, la diarrhée survient, la température s'installe de degré variable, irrégulière.

La grossesse peut continuer à évoluer dans les peu nombreux cas où l'atteinte de l'état général n'est pas trop marqué, mais le plus souvent l'avortement ou l'accouchement prématuré surviennent, suivis de complications étudiées plus loin.

4. *Suppuration. — Sphacèle.*

Les germes pathogènes nécessaires à la production de la suppuration peuvent provenir d'une infection générale, maladie infectieuse, septicémie avec point de départ extra-utérin, et être amenés par le courant sanguin au lieu de moindre résistance qu'est le fibrome œdémateux ou nécrobiosé. Les symptômes de cette complication sont ceux de la nécrobiose, mais plus accentués quant à la rapidité d'atteinte de l'état général, et à l'ascension de la température aux grandes oscillations.

C. Rôle du siège des fibromes dans les complications au cours de la grossesse.

Il est certaines complications indépendantes du siège du fibrome ; ce sont les modifications de structure, d'autres sont liées au siège du fibrome par rapport au

muscle utérin ; reprenant alors la classification que nous avons proposée, nous pouvons les grouper de la façon suivante :

			Compression du grêle.
			— — — diaphragme.
Fibromes du corps	Pédiculés et sessiles	}	Réaction péritonéale.
			Accroissement dans les premiers mois.
	Pédiculés	}	Retroversion et incarceration.
			Torsion du fibrome.
Fibromes du segment inférieur et du ligament large	Sessiles	}	Grossesse ectopique.
			Insertion vicieuse.
	Sessiles	}	Torsion de l'utérus.
			Avortement.
	Pédiculés	}	Incarcation.
Fibromes du col	Pédiculés et sessiles	}	Réaction péritonéale.
			Compression des organes pelviens.
	Sessiles	}	Accouchements prématuré.
			Insertion vicieuse du placenta.
Polypes	Pédiculés	}	Torsion du fibrome.
			Accroissement dans les derniers mois.
	et sessiles	}	Hémorragies.
			Accouchement prématuré.
Polypes	}		Avortement ou accouchement prématuré.
			Hémorragie.
			Insertion vicieuse du placenta.

§ III. L'Accouchement dans les utérus fibromateux

L'accouchement peut être fâcheusement compliqué du fait des fibromes utérins, dans les 56 accouchements de ce genre observés à la Maternité de Nancy, il y eut 8 dystocies ayant entraîné 7 morts fœtales.

Classant ces dystocies en dystocies { Utérine
d'origine { Fœtale
Fibromateuse

nous trouvons 6 dystocies d'origine utérine.

1	—	—	fœtale.
1	—	—	fibromateuse.

a) *Dystocie d'origine utérine.*

Elle est due aux modifications apportées à la contraction utérine par la présence du fibrome, et seuls les fibromes sessiles interviennent pour la provoquer, puisqu'eux seuls sont capables d'agir comme des écrans arrêtant la contraction dans des fibres qu'ils interrompent et raccourcissent d'autant. Les contractions faibles, irrégulières, ne se répartissant pas à la totalité du muscle utérin, font que le travail progresse lentement ou s'arrête même par défaut de contractions.

Tous les fibromes sessiles, quelque soit leur siège, sont susceptibles d'engendrer cette dystocie utérine, mais les plus dangereux sont ceux du segment inférieur qui, par leur présence, empêchent le pôle fœtal de descendre et d'appuyer sur le segment inférieur ; il

s'en suit une lenteur du travail telle qu'elle amène souvent la souffrance et la mort du fœtus.

Les fibromes du col sont l'occasion d'anomalie dans la dilatation à cause de la rigidité cervicale qu'ils entraînent.

b) *Dystocies d'origine fœtale.*

Ce sont les présentations vicieuses et les procidences.

Les petits et moyens fibromes du corps, pédiculés ou sessiles, évoluant vers le péritoine, ne peuvent imprimer de modifications à la position du fœtus.

Les gros fibromes du corps, même pédiculés, peuvent par la compression que leur masse imprime à l'utérus, déformer sa cavité et gêner l'accommodation fœtale. D'après Vallois, il semble qu'on puisse attribuer à l'existence des fibromes l'inégal développement du corps utérin ; en modifiant la forme de la cavité utérine, les fibromes déterminèrent, chez une primipare, une présentation transversale. Les fibromes du segment inférieur ou du ligament large (Vincent et Ferrari), surtout s'ils sont sessiles, jouent le même rôle.

Enfin les polypes, quand ils n'auront pas occasionné d'avortement, pourront, suivant leur forme et leur volume, causer des vices de présentation.

Quant aux procidences, les seules que nous ayons trouvées relatées sont celles du cordon ; elles sont favorisées d'abord par les présentations vicieuses, et également par l'implantation, sur le segment inférieur, d'un fibrome sessile à évolution sous-muqueuse, formant entre le segment inférieur et la présentation un vide par où coulera facilement une anse de cordon.

Nous donnons les chiffres relevés relativement à ces dystocies fœtales.

	NAUSS	BOURSIER	PINARD	MATERNITÉ NANCY
Sommet . .	53 $\frac{0}{0}$	53,82 $\frac{0}{0}$	89,3 $\frac{0}{0}$	92,8 $\frac{0}{0}$
Siège . . .	26 $\frac{0}{0}$	27,18 $\frac{0}{0}$	5,8 $\frac{0}{0}$	1,7 $\frac{0}{0}$
Epaule. . .	17,5 $\frac{0}{0}$	19 $\frac{0}{0}$	4,7 $\frac{0}{0}$	5,3 $\frac{0}{0}$
Procidence du cordon			2,3 $\frac{0}{0}$	3,5 $\frac{0}{0}$

c) *Dystocies d'origine fibreuse.*

C'est, selon l'expression de Boursier, la dystocie créée par le fibrome qui, obstruant plus ou moins complètement la filière pelvi-génitale s'oppose à la sortie du fœtus.

Les fibromes sessiles du corps utérin n'interviennent pas directement, tout au plus, les très volumineux peuvent-ils, par le relâchement de la sangle abdominale, provoqué par leur accroissement, empêcher la femme de pousser énergiquement.

Ce sont les fibromes dits *prœvia* qui sont dystociques à un haut degré, et là encore, il faut distinguer.

Il peut arriver qu'un fibrome pédiculé du corps, tombé dans le Douglas et refoulant, en avant le segment inférieur, se laisse quelquefois remonter sous l'influence des contractions, ou aplatis et dégage le passage ; mais s'il a contracté des adhérences avec les organes de voisinage, les contractions utérines restent sans effet sur lui, elles ne pourront pas le

mobiliser, et ce fibrome, qui reste enclavé dans le bassin, obstruant la place que devrait prendre normalement la présentation fœtale, crée une impossibilité absolue à la terminaison naturelle de l'accouchement.

Les fibromes du segment inférieur, insérés sur ses faces antérieures ou latérales, peuvent encore facilement remonter au-dessus de la symphyse, sous l'influence des contractions, mais les fibromes de la face postérieure, incarcérés au-dessous du promontoire ou développés dans le ligament large, sont fixes dès leur origine, et s'ils sont restés durs, et si leur volume est supérieur, d'après Tarnier, à celui d'un œuf de poule, ils seront un obstacle absolu au passage du fœtus.

Les fibromes sessiles du col agissent également de façon mécanique en formant bouchon ; quant aux fibromes pédiculés et aux polypes, ils peuvent, dans certains cas heureux, rompre leur point d'attache et ouvrir ainsi la voie libre au fœtus (Tate).

Ce n'est qu'au cours du travail que la complication redoutée va évoluer, ou vers la dystocie franche, ou vers une issue favorable : c'est cette épreuve qui crée ou lève la dystocie, et ce n'est que dans les cas de fibromes prævia absolument fixes, qu'on doit être pessimiste avant que le travail ne s'enclanche.

§ IV. -- Délivrance dans les utérus fibromateux

La délivrance peut s'effectuer de façon anormale ainsi qu'en témoigne la statistique de la Maternité de Nancy, 2 fois sur 56 cas. A côté d'incidents, peuvent surgir de véritables accidents. Seuls les fibromes sessiles, ceux à évolution sous-muqueuse, et les polypes, interviennent dans ces complications.

Souvent la délivrance est retardée, ce qui est dû au défaut de rétraction du muscle fibromateux, à la mauvaise qualité de ses contractions, à des adhérences anormales du placenta et des membranes qui empêchent le décollement, que celles-ci soient dues à l'endométrite, entraînant alors surtout, la rétention membraneuse, ou bien à l'insertion du placenta sur le fibrome lui-même. Les hémorragies sont alors fréquentes.

Le placenta une fois décollé, peut ne pas être expulsé de la cavité utérine, un fibrome proëvia qui s'est effacé devant le fœtus sous la poussée des contractions, peut reprendre sa place primitive dès que l'utérus est rétracté, et obstruer de nouveau le passage : de même le placenta peut être retenu, incarcéré en quelque sorte dans une loge sus-jacente à un fibrome sessile saillant dans la cavité utérine. Ces obstacles font que le placenta se présente par son bord ou sa face utérine plus fréquemment qu'on ne le rencontre d'habitude.

Les adhérences et l'enchatonnement du placenta peuvent être également cause d'une complication dangereuse, l'inversion utérine due à des tractions trop fortes pratiquées sur le cordon ; mais ce cas est rare, et le plus souvent c'est à la délivrance artificielle qu'on a recours pour exonérer l'utérus.

Enfin, éventualité heureuse, les contractions utérines peuvent faire accoucher par le col un polype jusque-là plus ou moins bien toléré.

§ V. — Suites de Couches ou d'Avortements dans les utérus fibromateux

Consultant notre statistique, nous trouvons que sur 56 cas, il y eut 3 fois des complications, dont deux furent mortelles.

Habituellement, l'involution utérine se fait de façon normale, et entraîne celle du fibrome sous l'influence des contractions utérines et de l'allaitement, dont le rôle manifeste est jusqu'à présent inexpliqué.

Cette régression du fibrome peut même aller jusqu'à sa disparition complète et définitive, ainsi que nous en avons trouvé relaté une observation à l'occasion d'un accouchement ultérieur.

Mais l'involution utérine peut se faire de façon incomplète, et entraîner des hémorragies plus ou

moins abondantes et tenaces. Exceptionnellement, au lieu de l'involution, on pourra observer une hypertrophie galopante du fibrome avec toutes ses conséquences (cas de Turner).

Un gros fibrome du corps qui écrase l'utérus sous son poids, un fibrome du segment inférieur ou du col qui obturent l'orifice interne, peuvent entraîner de la rétention des lochies qui, indépendamment de ses signes physiques, se manifeste par des douleurs dans la zone utérine, et l'élévation de la température, témoignant de l'infection concomitante (Vignes). Celle-ci, en effet, est facilement réalisée ; la lochio-métrie constitue un terrain de culture favorable aux germes qui persistent toujours dans le vagin, ou qui ont pu y être amenés à la faveur des interventions pratiquées lors de l'accouchement ou de la délivrance ; l'infection peut être due encore au sphacèle d'un fibrome qui, étiré, aplati, lors de l'accouchement, devient un lieu de moindre résistance ; c'est encore à l'infection fréquente qu'il faut rattacher les cas de phlébites observés.

Grosse a remarqué que la plupart des fibromes suppurés ou sphacelés, des suites de couche, étaient des fibromes sessiles à évolution sous-muqueuse.

La torsion de fibromes pédiculés, rendus brusquement ballants dans la cavité abdominale relâchée se manifeste par des symptômes analogues à ceux qu'elle provoque pendant la gestation (Delga-Vignes).

Enfin, l'expulsion spontanée d'un fibrome sessile à évolution sous muqueuse a été rencontrée (cas de Dembowska).

CHAPITRE III

TECHNIQUE DE LA MYOMECTOMIE

Les voies d'accès sur les fibromes, causes des accidents, différeront suivant le siège de ces tumeurs :

la voie abdominale servira aux fibromes du corps et du segment inférieur libres ou inclus dans les ligaments larges,

la voie vaginale sera employée pour enlever les fibromes du col, pédiculés ou sessiles, les polypes accouchés dans le vagin, les fibromes à évolution sous muqueuse lors d'une intervention manuelle intra-utérine,

la voie transvaginale sera réservée aux fibromes bombant fortement dans un cul de sac, qu'ils appartiennent au segment inférieur ou que ce soient des fibromes pédiculés du corps tombés dans le Douglas.

Soins préopératoires.

Ils consisteront outre la préparation chirurgicale habituelle de la malade, en l'administration de morphine en injections sous cutanées pratiquées la veille de l'opération et immédiatement avant celle-ci, méthode qui est employée à la Maternité de Nancy.

§ I. — Myomectomie abdominale

La femme est préparée comme pour une laparotomie ordinaire. Après incision médiane de la paroi on recherche l'utérus et le fibrome, on les libère prudemment des adhérences de voisinage qu'ils peuvent avoir contractées et on les isole de la masse intestinale.

a) *Fibrome pédiculé.*

Si le pédicule est grêle, sa ligature serrée suffit à assurer l'hémostase lors de sa section ; lorsque le pédicule est volumineux on peut au lieu de le sectionner perpendiculairement à sa direction, pratiquer une double section oblique dirigée vers le point d'implantation, de telle sorte qu'on obtienne deux lèvres qui suturées procurent la péritonisation du moignon en même temps que l'hémostase complète. On peut également dans le cas de pédicule volumineux, inciser circulairement le péritoine du pédicule à une faible distance de l'utérus, le décortiquer ce qui est plus facile qu'à l'état non gravide (Brindeau) et une fois la section du pédicule terminée, les ligatures posées sur les vaisseaux qui saignent, faire la suture en bourse de la séreuse.

b) *Fibromes sessiles.*

On incise au niveau de la tumeur la séreuse et les couches musculaires superficielles jusqu'à la capsule du fibrome. Le plan de clivage trouvé on décortique

prudemment le fibrome de sa loge, puis on capitone celle-ci par plusieurs points de catgut et on termine par une suture séro-séreuse.

Si le fibrome est inclus dans le ligament large on pratique une incision du ligament, parallèlement à la trompe, sur toute l'étendue du fibrome, puis on le clive de son enveloppe séreuse et du tissu cellulaire qui l'entoure en suivant de près la tumeur afin d'éviter les vaisseaux utéro-ovariens et l'uretère ; on sectionne le pédicule après ligature ou on décortique le fibrome, on capitone la loge utérine s'il y a lieu, puis la loge ligamentaire.

§ II. **Myomectomie vaginale**

La désinfection minutieuse du vagin s'impose au préalable.

a) *Fibromes pédiculés.*

On pose une ligature sur le pédicule et on le sectionne. Si le fibrome, par son volume, gêne les manœuvres opératoires on peut le morceler au préalable. L'ablation par torsion du pédicule a été également employée, Fontaine reproche à ce procédé de traumatiser la paroi au point d'insertion.

b) *Fibromes sessiles.*

Le résumé des temps opératoires est le suivant : incision du col jusqu'au niveau de la capsule, décorti-

cation, morcellement du fibrome s'il y a lieu, capitonnage de la cavité si possible.

c) *Fibromes sessiles du corps et du segment inférieur, à évolution sous muqueuse.*

Ces fibromes s'extraient au cours d'un curage manuel et aucune technique précise ne peut être indiquée pour leur énucléation que doit surveiller une main abdominale.

§ III. — Myomectomie transvaginale ou opération de Czerny

On incise transversalement le vagin au niveau de la région occupée par le fibrome, on isole le fond du cul de sac péritonéal postérieur ou la vessie suivant que la colpotomie est postérieure ou antérieure, puis selon que le fibrome est pédiculé ou sessile on sectionne le pédicule après ligature ou on incise les couches musculaires superficielles jusqu'à la coque du fibrome qu'on clive et énuclée, on morcelle s'il y a lieu, on termine par le capitonnage de la loge, la suture séro-séreuse et la fermeture de la brèche vaginale.

Soins post-opératoires.

Après l'intervention, il convient de sidérer l'utérus plus ou moins traumatisé, pour l'empêcher de réagir par des contractions expulsives ou pour faire cesser celles qui auraient tendance à se produire. Tous les

auteurs sont unanimes à employer pendant les jours qui suivent la morphine en injections sous cutanées ou plus rarement le laudanum ou le chloral en lavements ; les doses et la durée de leur administration se déduisent des réactions observées.

Telles sont les techniques générales employées pour l'exécution de la myomectomie au cours de la grossesse. Elles sont les mêmes pour l'opération pratiquée pendant les suites de couches avec cet avantage qu'à ce moment, le muscle utérin est revenu sur lui-même, la paroi plus épaisse par conséquent et que le calibre des vaisseaux régressant l'hémorragie sera moins abondante et plus facile à arrêter. D'autre part, pendant les suites de couches, l'imbibition séreuse de la loge du fibrome et du tissu sous-péritonéal persistant encore rendent l'énucléation plus facile qu'elle ne le serait une fois l'involution utérine totalement accomplie.

§ IV. — Intervention pendant le travail : Césarienne et myomectomie

Quant à l'intervention pendant le travail, s'il s'agit d'énucléer des fibromes sessiles ou pédiculés, mais accessibles par la voie vaginale simple, le mode opératoire est le même que pendant la grossesse ; il ne différera que si l'intervention a lieu par la voie abdominale, succédant à une opération césarienne.

Au cours de nos recherches nous n'avons trouvé pour ces cas aucune description type de la marche à suivre, nous ne pourrions donc qu'indiquer ce qui a été fait dans les trois cas que nous avons recueillis, sans préconiser l'une ou l'autre des méthodes.

M. Reeb dans deux cas a suivi deux méthodes différentes : dans le 1^{er} cas (Obs. N^o X) il pratique la section césarienne par incision antérieure du segment inférieur remontant sur le corps, extrait l'enfant et l'arrière faix, puis place deux pinces sur la brèche utérine et explore l'utérus, — dans un 2^e temps il pratique par une deuxième incision la myomectomie d'un fibrome sessile de la face postérieure du segment inférieur, capitonne la loge, suture — puis dans un 3^e temps répare l'incision césarienne qu'il double extérieurement du péritoine de l'excavation utéro-vésicale.

Dans le 2^e cas, (Gynécologie et Obstétrique 1921, T. III. P. 163), l'opération césarienne est pratiquée, l'enfant et l'arrière faix extraits, M. Reeb explore l'utérus, puis suture l'incision césarienne et termine par la section et péritonisation du pédicule d'un fibrome né aux dépens du corps.

Une troisième intervention de myomectomie suivant une opération césarienne a été pratiquée par MM. Le Lorier et Delapchier, (Bull. Soc. Obstétrique et Gynécologie 1922, P. 102), l'observation indique simplement qu'après la césarienne il fut procédé à l'énucléation d'un fibrome pédiculé et de deux autres fibromes de la face postérieure de l'utérus.

Ne tenant compte que des deux observations de M. Reeb, nous pensons que les deux variantes de la

technique employée : suture de la brèche césarienne après ou avant la myomectomie, tiennent au résultat de l'exploration de l'utérus fibromateux. Dans le 1^{er} cas : fibrome sessile du segment inférieur, crainte de ne pouvoir terminer l'énucléation sans ouvrir à nouveau la cavité utérine et nécessité alors de terminer par hystérectomie ; dans le 2^e cas : fibrome pédiculé du corps, myomectomie facile et sûre dans son résultat, donc suture immédiate de l'incision césarienne puis myomectomie.

M. Polano (cité par Reeb) dans les cas de fibromes sessiles de la paroi postérieure de l'utérus, préconise d'inciser tout de suite la paroi postérieure pour pratiquer la section césarienne, d'extraire l'enfant et l'arrière faix et de faire ensuite l'énucléation du fibrome prævia par la même incision. Reeb reproche à cette technique de faire facilement communiquer la loge du fibrome avec la cavité utérine ce qui n'est pas désirable au point de vue de l'asepsie.

§ V. — Complications opératoires au cours de la myomectomie

a) *Hémorragies.*

Dans les cas de fibromes pédiculés, l'hémorragie consécutive à l'amputation du pédicule fut toujours arrêtée immédiatement par la ligature du pédicule ou

la suture de deux valves taillées à ses dépens ; mais au cours de l'énucléation de fibromes sessiles, l'hémorragie fut parfois assez abondante et assez difficile à tarir pour constituer par elle-même une complication compromettant le succès de l'intervention. L'hémorragie fut néanmoins toujours jugulée soit par le tamponnement plus ou moins prolongé, à l'aide de compresses sèches ou imbibées de sérum gelatiné, de la cavité consécutive à l'énucléation du fibrome. (Obs. III et V), soit par le capitonnage de cette cavité.

A ce sujet, MM. Brindeau et Tuffier, insistant sur le rôle des sutures soignées, recommandent de se servir d'une aiguille ronde, de catgut de même calibre que celui de l'aiguille et de serrer très peu, le tissu utérin friable cédant facilement et un simple rapprochement des lèvres de la plaie suffisant à arrêter l'hémorragie. Nous noterons néanmoins que ce capitonnage peut lui-même occasionner un suintement sanguin difficile à arrêter et qu'on dut même s'employer à y mettre fin avant de procéder à la fermeture de l'abdomen. Bumm, Dartigues, utilisèrent pour ce résultat la suture de l'épiploon attiré et appliqué sur l'incision de la loge du fibrome, tandis que Dupont applique sans sutures, au même endroit une lame épiploïque libre.

Dans sa thèse, Fontaine (Obs. II), cite le cas où l'hémorragie ne pouvant être arrêtée et la grossesse étant dans son 8^e mois, on dut se résoudre à faire suivre la myomectomie d'une opération césarienne.

L'âge de la grossesse a-t-elle une influence sur cette complication hémorragique ? nous ne pouvons l'affirmer vu le petit nombre de cas dans lesquels celle-ci

nous est indiquée ; pourtant il semble que c'est au cours de la 2^e moitié de la gestation que l'hémorragie est plus difficile à arrêter ainsi qu'en témoignent les chiffres, de 4 mois, 5 mois, 2 fois 6 mois et 8 mois que nous avons relevés,

b) *Mise à nu de la muqueuse utérine, ouverture de la cavité utérine.*

Ces complications peuvent se produire en cas d'énucléation de fibromes sessiles à évolution péritonéale lors d'une myomectomie abdominale ou transvaginale. La mise à nu de la muqueuse utérine et même sa section dans les 3 premiers mois de la gestation, alors qu'il n'y a pas encore accollement des caduques fœtale et maternelle, n'entraîne pas nécessairement l'avortement ; la suture soignée de la brèche peut permettre à la grossesse d'évoluer jusqu'à terme ainsi qu'il ressort des observations de Mackenrodt, Wyder et Engstroem (in thèse Joubert).

Dans une observation (Bulletin et Mémoires de la Société de Chirurgie 1922 P. 503), M. Tuffier « eut les plus grandes peines pour éviter de prendre à la face interne de la surface cruentée utérine, la muqueuse et l'amnios qui étaient à ce niveau », la grossesse évolua jusqu'à terme.

La cavité utérine fut ouverte une fois dans les tous premiers jours d'une grossesse méconnue, elle n'en continua pas moins jusqu'à terme. (Obs. VII).

D'après Fontaine, certains auteurs ont pratiqué avec succès la suture muco-muqueuse, puis musculaire et séreuse, tandis que d'autres ont délibérément complété

la myomectomie par l'hystérectomie, précédée d'opération césarienne quand le fœtus était viable.

Quand au cours de l'ablation d'un polype sphacélé, ou d'une « myomectomie curage » l'énucléation du fibrome vient à entraîner la déchirure de la paroi utérine, de dedans en dehors, c'est à l'hystérectomie qu'ont eu recours les chirurgiens pour sauver la mère. (Obs. XIV et Obs. de Demelin et Brindeau).

CHAPITRE IV

CIRCONSTANCES DANS LESQUELLES FUT PRATiqué LA MYOMECTOMIE

§ I. — Au cours de la grossesse

L'étude des 54 observations que nous avons recueillies, soit à la Maternité de Nancy, soit dans la littérature, depuis 1910, nous ont montré que 50 fois la myomectomie avait été provoquée par l'atteinte grave de la santé de la femme, atteinte qui nécessitait une intervention à brève échéance aux doubles fins : sauver la mère, et si possible, lui permettre de mener à bien sa grossesse. Ces interventions ont eu lieu à des époques variables de la gestation, et si nous en exemptons 6 cas où aucune date n'est indiquée, nous constatons que l'opération conservatrice fut tentée

2 fois au cours du 1^{er} mois.

3 — — — 2^e —

18 — — — 3^e —

8 fois au cours du 4 ^e mois		
10 —	—	5 ^e —
3 —	—	6 ^e —
2 —	—	7 ^e —
2 —	—	8 ^e —

Ceci nous indique que les âges critiques, au point de vue des complications nées des fibromes sont les 3^e, 4^e, 5^e mois de la grossesse.

Etudiant ensuite nos observations au point de vue des symptômes cliniques qui ont forcé à l'intervention, nous avons relevé :

Douleurs vives et continues.....	30 fois
Réaction péritonéale	11 —
Constipation. — Occlusion intestinale.	6 —
Troubles urinaires.....	7 —
Compression diaphragmatique.....	3 —
Hémorragies.....	3 —
Ascension de la température.....	3 —
Accroissement rapide du fibrome. ...	6 —
Torsion du pédicule.....	11 —
Torsion de l'utérus.....	2 —
Nécrobiose.....	6 —
Enclavement dans le bassin.....	5 —
Fibrome pédiculé du col.....	1 —
Polype accouché dans le vagin.....	1 —

La fréquence des symptômes douleur et réaction péritonéale n'a rien de surprenant, étant donné les multiples causes qui peuvent les provoquer.

Y a-t-il des relations entre l'âge de la grossesse et les complications observées ? Il nous est difficile de tirer des chiffres donnés ci-dessus des données sûres,

car différents symptômes, tels que douleurs, réaction péritonéale, nécrobiose, peuvent être provoquées par une cause unique, telle que la torsion d'un fibrome pédiculé ; les troubles urinaires, la constipation, des douleurs intenses par l'enclavement de l'utérus fibromateux ou du fibrome seul dans le bassin, et bien souvent les observations consultées ne nous ont pas permis de rapporter chaque symptôme à sa cause réelle.

Torsion du pédicule — symptômes douleur — réaction péritonéale Nécrobiose.	}	2 fois au 2 ^e mois	
		11	— 3 ^e —
		6	— 4 ^e —
		7	— 5 ^e —
Enclavement et symptômes de compression dans le bassin	}	1 fois au 2 ^e mois	
		8	— 3 ^e —
		2	— 4 ^e —
		1	— 5 ^e —
Accroissement rapide Compression du diaphragme	}	5 fois au 3 ^e mois	
		1	— 4 ^e —
		2	— 5 ^e —

Nous avons recherché ensuite le siège et la nature des fibromes et nous notons

Fibromes du corps	{	Pédiculés 22
		Sessiles 17
Fibromes du segment inférieur	{	Pédiculés 2
		Sessiles 4
Fibromes du col	{	Pédiculés 1
		Sessiles 2
Fibromes inclus dans le ligament large	{	Pédiculés 1
		Sessiles 5
Polypes 1		

De ce relevé, il ressort que les plus fréquents des fibromes sont ceux du corps, puis du segment inférieur, et enfin du col, mais que les fibromes sessiles sont plus

fréquents que les fibromes pédiculés, 28 contre 26, ceci en ne tenant compte que des fibromes énucléés, car dans plusieurs observations, nous avons relevé cette phrase : plusieurs petits nodules interstitiels ont été négligés.

Dans nos 54 observations on est intervenu

45 fois pour énucléer 1 seul fibrome

6 — — — 2 fibromes

2 — — — 3 —

1 — — — 5 —

Nous avons relaté, au début de notre travail, les volumes qu'avaient certains d'entre eux, nous ne reviendrons pas sur ce point.

§ II. — Au cours du travail

Nous avons recueilli 5 observations de myomectomie pratiquées au cours du travail ; deux fois on pratiqua la myomectomie simple avant l'expulsion fœtale, aidée une fois par une application de forceps. Ces deux interventions furent motivées, l'une (Obs. XI) par un fibrome cervical sessile du volume d'une orange, obstacle au passage du fœtus, l'autre (Obs. IX) par un polype né aux dépens du corps utérin, accouché à la vulve, et du volume d'un gros œuf.

Trois fois la myomectomie fut pratiquée comme complément d'une opération césarienne :

1^{er} cas. Tétanisation utérine durant depuis plus de 6 heures, col à peine effacé, irrégulièrement dilaté, fibrome qui n'ascensionne pas et ne permettrait pas le passage d'une tête, même perforée. Poche des eaux intacte, enfant mort. Césarienne, puis énucléation par une deuxième ouverture d'un fibrome sessile du segment inférieur, mesurant $11,5 \times 9,5 \times 6,5$. (Obs. X).

2^e cas. Enfant vivant en siège, poche des eaux rompue depuis 7 jours, pas de température, col peu dilaté. Filière obstruée. Césarienne, puis myomectomie d'un fibrome pédiculé du corps, tombé et fixé dans le Douglas, du volume d'un gros poing. (Obs. de Reeb. Gynécologie et Obstétrique 1921, Tome III, P. 163).

3^e cas. Enfant vivant, en sommet, rupture de la poche des eaux depuis 17 heures, pas de température. Le sommet ne peut s'engager à cause d'un obstacle irréductible. Césarienne complétée par une triple myomectomie d'un fibrome pédiculé du volume d'une petite orange et de deux autres fibromes de la face postérieure de l'utérus. Obs. : (Le Lorier et Delapchier. Bull. Soc. Gynec. obst. 1922, p. 102).

Le siège et la nature des fibromes se décomptent de la façon suivante :

Fibrome sessile du col, 1.

— — segment inférieur, 1.

— pédiculé du corps, 1.

Polype du corps, 1.

3 fibromes, dont 1 pédiculé, de siège non précisé.

Ces cinq observations nous ont montré qu'on est intervenu 4 fois en plein travail, à cause de l'obstacle

absolu au passage de l'enfant, obstacle constitué par un fibrome prævia.

Une fois on est intervenu à un moment où, selon l'opérateur lui-même, on ne pouvait dire si le travail était à son début, c'est le cas du polype accouché à la vulve, au 7^e mois de la gestation, avec douleurs et pertes sanguines abondantes. (Obs. IX).

Le fibrome sessile du col, et le fibrome sessile du segment inférieur, ont tous deux déterminé des anomalies dans la dilatation ; dans le 1^{er} cas : dilatation transversale, mais orifice souple, qui aurait pu être suffisamment dilatable pour le passage du fœtus, si l'osbtacle constitué par le volume du fibrome n'avait été une contre-indication absolue à cette tentative ; dans le 2^e cas : col perméable, mais non effacé, avec en plus une tétanisation utérine persistante. Mais dans ces deux cas, ce ne sont pas ces anomalies de la dilatation et de la contractilité utérine qui ont joué pour poser l'indication opératoire, c'est toujours l'obstacle irréductible constitué par le fibrome prævia.

§ III. — Au cours de la Délivrance

Sur 3 observations que nous avons relevées, deux ont trait à la même femme lors de 2 grossesses distantes de 8 ans. La 1^{re} fois, (Obs. XII), après un accouchement normal, on est intervenu pour pratiquer une

délivrance artificielle, à cause d'une adhérence totale du placenta sans hémorragies ; au cours d'un clivage difficile, on parvint sur un fibrome sessile du volume d'un citron, inséré sur le bord du corps utérin. La myomectomie curage fut alors pratiquée.

Dans le 2^e cas, après une grossesse et un accouchement normaux, la délivrance se fit spontanément, sans incidents, mais l'irrégularité du placenta en son centre, poussa à une exploration intra-utérine, qui fit reconnaître à nouveau un fibrome sessile de la face postérieure du corps. La même intervention que la précédente fut pratiquée.

Dans la 3^e observation, (Obs. XIII), une forte hémorragie nécessita un décollement manuel du placenta, mais nous ne trouvons aucune précision sur le siège du placenta par rapport à un fibrome sessile, bombant dans la cavité, inséré sur la paroi postéro-supérieure du segment inférieur, légèrement détaché de la paroi utérine à sa partie supérieure ; ce fibrome fut enlevé quelques jours après. Nous ne pouvons donc pas conclure que l'hémorragie qui a nécessité la délivrance artificielle fut provoquée plus par le défaut de rétraction utérine, des adhérences anormales, que par la libération spontanée du fibrome sessile en une zone de son insertion.

§ IV. — Pendant les suites de couches

La myomectomie fut pratiquée 8 fois, Obs. de Delle Chiaje, Mériel, Demelin et Brindeau, Brodhead, Reeb, (Gynecol. et Obstétrique 1921, T. III. P. 146). Obs. I, XIII, XIV,) motivée dans 6 cas par des accidents d'infection et de sphacèle, dans 2 cas par des accidents hémorragiques. L'intervention porta 4 fois sur des fibromes sessiles du corps et du segment inférieur (3 cas de fibrome unique, 1 cas de 9 fibromes), 4 fois sur des polypes accouchés par l'orifice externe.

Les fibromes sessiles ont été cause 3 fois d'infection ou de sphacèle, 1 fois d'hémorragie ; les polypes cause 3 fois d'infection, et 1 fois d'hémorragie.

CHAPITRE V

RÉSULTATS OBTENUS PAR LA MYOMECTOMIE

Les recherches que nous avons effectuées ont porté sur 70 observations qui se répartissent de la façon suivante :

Pendant la grossesse	54
— l'accouchement	5
— la délivrance	3
— les suites de couches	8

Nous allons étudier successivement les résultats immédiats de l'intervention pour le fœtus et pour la mère ; puis les résultats éloignés de l'intervention.

§ I. — Résultats immédiats

a) *Pour le fœtus :*

A la suite des 54 myomectomies pratiquées à des âges divers de la grossesse, 4 fois celle-ci fut inter-

rompue : 2 fois par avortement, 2 fois par accouchement prématuré.

1 fibrome pédiculé du corps, opéré au 5^e mois, avortement 3 jours après. Obs. de Paucot et Paquet.

1 fibrome pédiculé du corps, opéré au 5^e mois, avortement 7 jours après. Obs. de Chavannaz.

1 polype du corps, accouché dans le vagin, opéré au 7^e mois, accouchement prématuré quelques heures après, d'un enfant de 2400 gr. (Obs. IX).

1 fibrome pédiculé du corps, accouchement prématuré 36 heures après. Obs. de Plauchu et Gaudon.

L'avortement menaçant, se manifestant, soit par des douleurs seules, soit par un écoulement sanguin, peut être parfois enrayé par une médication appropriée, témoins les 6 cas suivants :

1 fibrome sessile du segment inférieur et 1 fibrome pédiculé du corps, opérés au 5^e mois. Obs. de Voron.

2 fibromes sessiles du corps, opérés au 4^e mois. Obs. de Paucot.

2 fibromes sessiles du corps, opérés au 5^e mois. Obs. de Dupont.

1 fibrome sessile du segment inférieur. 2 fibromes sessiles, et 2 fibromes pédiculés du corps, opérés au 3^e mois. Obs. N^o IV.

1 fibrome sessile du col, opéré au 3^e mois. Obs. de Reeb.

1 fibrome sessile du col, opéré au 6^e mois. Obs. N^o V.

Nous avons essayé de rechercher s'il existait une relation entre l'avortement, ou la menace d'avortement, et l'âge de la grossesse, le siège et la nature des fibromes.

Sous le rapport âge, les 10 observations précises, citées ci-dessus donnent :

2 cas opérés au cours du 3 ^e mois.	2 menaces d'avortement,
1 — — — — 4 ^e —	1 — — — —
4 — — — — 5 ^e —	2 — — — —
	2 avortements.
1 — — — — 6 ^e —	1 menace d'avortement.
1 — — — — 7 ^e —	1 accouch. prématuré.
1 — — — — 8 ^e —	1 — — — —

Sous le rapport, siège et nature du fibrome, nous obtenons :

Fibromes du col :	2 sessiles	2 menaces d'avortement.
Fibrome du corps	3 pédicules	2 avortements et 1 accouch. prématuré.
	2 sessiles	2 menaces d'avortement.
	1 polype	1 accouchement prématuré.

Deux cas portant, l'un sur un fibrome pédiculé du corps et un fibrome sessile du segment inférieur, l'autre sur un fibrome sessile du segment inférieur, deux fibromes sessiles du corps, deux fibromes pédiculés du corps, donnant tous deux des menaces d'avortements, ne seront pas compris dans nos recherches à cause de leur complexité même qui empêche de rapporter à tel fibrome, plutôt qu'à tel autre, la cause de la menace d'avortement.

Si nous dressons maintenant deux tableaux complets avec les différentes observations recueillies pendant la grossesse, nous obtenons sous le rapport âge :

TABLEAU A

AGE DE LA GROSSESSE	NOMBRE D'OPÉRATIONS	RÉSULTATS OBTENUS			
		MENACES d'avortement ENRAYÉES	AVORTEMENT acc. prématuré IMMÉDIAT	Accouchement PRÉMATURÉ ULTÉRIEUR	Accouchement A TERME
1 ^{er} mois.	2				2
2 ^e mois..	3				3
3 ^e mois..	15	1		1	14
4 ^e mois..	8	1		2	6
5 ^e mois..	10	1	2	1	7
6 ^e mois..	3	1		1	2
7 ^e mois..	2		1		1
8 ^e mois..	2		1		1

Sous le rapport siège et nature des fibromes :

TABLEAU B

Siège	Nature	RÉSULTATS OBTENUS			
		MENACES d'avortement ENRAYÉES	AVORTEMENT acc. prématuré IMMÉDIAT	Accouchement PRÉMATURÉ ULTÉRIEUR	Accouchement A TERME
Col	Pédiculés 1				1
	Sessiles 2	2			2
Seg. Inf.	Pédiculés 2				2
	Sessiles 3				3
Corps	Pédiculés 20		3	2	15
	Sessiles 16	2		3	13
Polypes	1		1		
Fibromes inclus dans ligaments larges	6				6

Le tableau B indique que :

les fibromes sessiles du col ont provoqué une réaction utérine dans chaque cas,

les fibromes sessiles du corps ont provoqué une menace d'avortement 2 fois sur 16, alors que les fibromes pédiculés du corps ont été cause d'avortement 3 fois sur 20 ; le seul cas de polype observé a entraîné l'accouchement prématuré immédiat.

Ces résultats peuvent surprendre, non pas pour les fibromes sessiles du col, qui par leur énucléation et le capitonnage de leur loge ont créé une sorte d'épine irritative dans une zone reconnue depuis longtemps comme tocogène ; mais voir la simple section du pédicule des fibromes du corps, opération qui ne lèse en rien la continuité des fibres musculaires utérines, la ligature posée sur le pédicule, et qui n'irrite pas le muscle lui-même, provoquer 3 avortements alors que l'énucléation de fibromes sessiles reste pour ainsi dire inoffensive, voilà qui ne cadre pas avec l'idée qu'on peut avoir à priori, des conséquences de la myomectomie pratiquée dans ces circonstances.

D'autre part, nous constatons que les 6 cas de fibromes inclus dans le ligament large, fibromes que l'on considère comme particulièrement dangereux au point de vue des suites opératoires, de par la difficulté même de l'opération qui nécessite des manipulations prolongées de l'utérus, n'ont donné lieu à aucune menace d'avortement.

Puisque le siège et la nature des fibromes ne nous donnent aucune explication sur les réactions utérines

que provoque leur énucléation, recherchons si l'âge de la grossesse n'intervient pas.

Nous reportant au tableau A, nous voyons que les myomectomies pratiquées au 3^e mois, ont été cause de menaces d'avortement 1 fois sur 15, 1 fois sur 8 au cours du 4^e mois, 1 fois sur 10 au cours du 5^e mois, 1 fois sur 3 au cours du 6^e mois, d'avortement 2 fois sur 10 au cours du 5^e mois, d'accouchement prématuré immédiat 1 fois sur 2 au cours du 7^e mois, et 1 fois sur 2 au cours du 8^e. Il semble donc qu'à partir du 5^e mois, l'utérus soit particulièrement sensible aux traumatismes opératoires, et que l'avortement soit plus à craindre dès cette époque.

Le temps qui s'écoule entre la myomectomie et l'avortement est variable ; dans un cas nous avons noté un laps de quelques heures, dans un autre, le temps écoulé est de 36 heures, et dans deux autres il est respectivement de 3 et 7 jours. Là où l'intervalle fut réduit, il s'agissait d'un polype, là où il fut relativement long, c'était à la suite de myomectomies de fibromes pédiculés. Ces circonstances nous portent à croire que dans le premier cas l'avortement est réellement dû au traumatisme engendré par l'opération elle-même : rétraction dans la cavité utérine du pédicule ligaturé du polype, faisant office de corps étranger insinué entre le muscle utérin et les membranes ovulaires, provoquant des contractions expul-sives, tout comme l'introduction d'une sonde de Krause, employée en vue de la provocation d'un accouchement prématuré. Le temps mis par l'utérus pour réagir avec fruit dans les 3 autres cas, nous inci-

tant à penser qu'il s'agissait là d'utérus sensibles, qu'une excitation légère comme celle de la section du pédicule a dû les sommer pendant un temps assez long pour produire une réaction suffisante, et que peut-être sous l'influence d'une cause autre, ces utérus auraient réagi de la même façon.

b) *Pour la mère.*

1. *Mortalité.*

Deux cas terminés par la mort de la mère ont été relevés dans notre statistique, l'une Obs. de Paucot et Paquet, l'autre Obs. 1945^{bis} in thèse Job. A la suite de la myomectomie faite par Paucot et Paquet se déclarèrent aussitôt une réaction péritonéale et un avortement qui aboutit en 3 jours ; sédation des symptômes abdominaux quand surviennent une angine et une pneumonie mortelle attribuée par Paucot à la température basse de la salle dans laquelle avait eu lieu l'intervention.

Dans l'observation de Job, il n'y eut aucun incident opératoire immédiat, quand le 3^e jour la malade fut emportée par des symptômes toxiques (subictère, anurie, coma), sans réaction péritonéale. La cause de cette toxémie doit être rapportée à la dégénérescence du fibrome « couleur lie de vin » dont les symptômes : douleur et accroissement rapide, avaient commandé l'intervention.

2. *Morbidité.*

Les suites de la myomectomie ont été rarement incidentées par des complications fébriles, qui toutes

sauf deux se sont montrées très bénignes, sans localisation nette et ont regressé en quelques jours.

Trois interventions pratiquées pendant la grossesse, rentrent dans ce cadre, soit 3 complications morbides sur 54. L'une (Obs. de Plauchu, Bull. Soc. Gynec. Obst. 1921, P. 518), pratiquée pour ablation d'un fibrome pédiculé du corps au cours du 6^e mois, « présenta une température maxima de 38,7 le deuxième jour, puis la température fut immédiatement descendante et l'état général très satisfaisant ; les jours suivants ne furent marqués que par un trouble de circulation des gaz intestinaux du sans doute à la compression de l'utérus gravide sur la partie inférieure du gros intestin », troubles ayant cédés à une médication symptomatique. Ces accidents légers d'occlusion intestinale peuvent être rattachés plus à la sidération momentanée de l'intestin, due à l'intervention elle-même qu'à la compression rectale ou colique par l'utérus, puisque celle-ci ne s'est pas reproduite dans la suite comme il aurait dû arriver si elle seule avait été en cause.

L'autre (Obs. IX), consécutive à l'ablation d'un polype pédiculé du corps accouché dans le vagin au 7^e mois ayant entraîné l'accouchement prématuré immédiat, entraîna un léger mouvement fébrile à 38° durant les trois premiers jours. Cette réaction est-elle le fait de l'opération ou de l'accouchement, nous ne pouvons rien préjuger à ce sujet.

La troisième (Obs. de Moure) mentionne simplement : suites fébriles sans localisation. Guérison.

Sur 5 myomectomies pratiquées au cours de l'accouchement, 3 présentèrent des complications.

L'observation XI pratiquée par voie vaginale au cours du travail, après rupture de la poche des eaux, pour énucléer un fibromé sessile du col indique « des suites simples sauf une légère élévation de température durant trois jours ». Cette légère réaction fébrile n'a rien qui surprenne étant donné les circonstances opératoires, mais nous ne croyons pas que la non oblitération de la loge fibreuse puisse être incriminée dans l'origine d'une réaction d'aussi courte durée.

Dans une 2^e observation de myomectomie d'un fibrome interstitiel du segment inférieur après section césarienne, nous trouvons relaté « les suites opératoires furent normales pendant les premiers jours à part une forte bronchite qui existait avant l'opération, les agrafes sont enlevées le 7^e jour, la plaie abdominale est bien guérie. A partir du 7^e jour, fièvre vespérale à 39° avec rémission le matin, pouls 100-110, douleurs dans le bas ventre à gauche, pas de symptômes de péritonite, légères douleurs pendant la défécation, le 12^e jour on constate au toucher une exudation molle et fluctuante dans le Douglas ; le lendemain colpotomie postérieure et évacuation d'une collection de pus très fétide, drainage pendant 8 jours. l'écoulement purulent ayant cessé très rapidement. Il y eut encore dans la suite quelques élévations de température, notamment au début des règles qui apparurent 33 jours après l'accouchement. Puis la malade se rétablit complètement. » (Obs. X).

L'auteur attribue cette collection purulente à l'infec-

tion d'un hématome qui s'est collecté dans le Douglas; l'hématome proviendrait de ce que l'hémostase n'est pas toujours assurée complètement malgré tous les soins apportés au capitonnage de la loge du fibrome énucléé. Quant à l'infection, elle ne peut être, dans ce cas, rattachée à l'état du liquide amniotique qui aurait pu filtrer dans le ventre au cours de l'intervention, puisque son examen direct et sa culture en ont révélé la stérilité complète.

Le 3^e cas (Obs. II de Fontaine), concerne une myomectomie suivie de césarienne conservatrice; il y eut à la suite une congestion pulmonaire et une suppuration de la paroi guérie en 15 jours.

Pour les myomectomies pratiquées pendant les suites de couches, nous ne pouvons envisager que celles qui furent motivées par une complication aseptique, car autrement, comment ferions-nous la part de l'infection antérieure et la part de l'intervention. Or sur les 8 myomectomies post partum relevées au cours de nos recherches, deux seulement furent pratiquées pour des complications aseptiques, en l'espèce des hémorragies et une seule (Obs. XIII) pratiquée par voie vaginale pour énucléer un fibrome sessile du col fut suivie de suites fébriles au début. La malade étant sortie guérie le 15^e jour, nous en déduisons que ce fut une complication bénigne et courte.

En résumé, nous constatons que sur les 7 complications relatées ci-dessus, deux seulement méritent vraiment ce nom : 1^o l'hématome suppuré du Douglas, 2^o la congestion pulmonaire et la suppuration de la paroi. La proportion est donc de 2 sur 67, soit 2,9 %,

Les travaux de Thumin 1901, Jamain 1907, Fontaine 1914 contenant leurs statistiques, nous ont permis de comparer leurs résultats à ceux que nous indiquent les observations que nous avons relevées.

Thumin donne pour 104 myomectomies, 23 avortements ou accouchements prématurés soit 22 % et 8 morts soit 7 %.

Jamain sur 97 cas indique 21 avortements ou accouchements prématurés soit 21 % et 6 morts soit 6 %.

Fontaine pour les 32 cas recueillis de 1900 à 1913 donne 2 avortements soit 6 % et 2 morts soit 6 %.

Heineck de Chicago sur 117 cas de 1909 à 1918 indique 28 avortements soit 24 %.

Nos 70 observations donnent 4 avortements ou accouchements prématurés immédiats sur 54 soit 7,4 %, 2 morts sur 70 soit 2,8 %, et 2 suites fibriles franches sur 70 soit 2,8 %.

§ II. — Résultats éloignés

Là encore, comme pour les résultats immédiats, nous envisagerons successivement ceux qui concernent l'enfant, et ceux qui concernent la mère.

Mais auparavant, nous devons essayer de savoir ce que deviennent les sections pratiquées dans le muscle utérin pour énucléer les fibromes dont il était porteur.

En 1909, Couvelaire étudiant la réparation de la cicatrice, disait que la cicatrice d'un muscle lisse était toujours une cicatrice conjonctive ; les deux lèvres de la plaie sont réunies par une bande de fibrine servant de substratum à la charpente conjonctive qui unira les faisceaux musculaires sectionnés ; il n'y a pas pour lui de régénération des fibres lisses. Braun, Schauta, émirent au contraire l'hypothèse que la restitutio ad integrum était parfaitement possible. Audebert et Goullioud présentèrent chacun une pièce où, dans la cicatrice d'une ancienne myomectomie se voyaient des faisceaux musculaires abondants dans l'épaisseur du tissu conjonctif cicatriciel. A la suite de leurs recherches expérimentales, Masin et Williams arrivent à des conclusions analogues et estiment que la régénération des fibres lisses peut se faire dans les cas favorables, et que la paroi utérine suturée peut présenter une solidité aussi grande qu'auparavant.

a) *Pour l'enfant.*

1) *Accouchement prématuré.*

L'utérus une fois débarrassé de son ou de ses fibromes, n'ayant pas réagi à l'opération ou s'étant définitivement apaisé par la médication appropriée, continue à se développer, et c'est ainsi que la grossesse arrive à son terme. Mais il peut n'en être pas ainsi, et si, une fois de plus, nous nous reportons à notre relevé d'observations, nous constatons que 5 fois il y eut accouchement prématuré dans les suites éloignées de la myomectomie. Le résumé de ces 5 observations est le suivant.

1. Opération au 3^e mois pour 1 fibrome sessile et 2 fibromes pédiculés du corps chez une primipare. Accouchement prématuré à 8 $\frac{1}{2}$ mois d'un enfant vivant de 2700 gr. Travail de 11 heures. Obs. de Le Lorier et Duchêne.

2. Opération au 4^e mois pour 1 fibrome sessile du corps chez une primipare. Accouchement prématuré à 7 $\frac{1}{2}$ mois d'un enfant vivant de 2170 gr. Travail de 7 heures. Obs. de Metzger.

3. Opération au 4^e mois pour 1 fibrome pédiculé du corps. Accouchement à 7 mois d'un macéré. Obs. de Loicq.

4. Opération au 5^e mois pour 2 fibromes sessiles du corps chez une primipare. Accouchement à 8 $\frac{1}{2}$ mois. Obs. de Dupont.

5. Opération au 6^e mois pour 1 fibrome pédiculé du corps chez une tertipare. Accouchement prématuré à 8 mois. Obs. II de Viel.

La première et la quatrième observation ont trait à des primipares, or on sait qu'il est fréquent que chez elles la grossesse n'évolue pas jusqu'au terme, ainsi qu'en témoignent les poids comparés des enfants issus de la première grossesse et des suivantes, aussi croyons-nous que les accouchements prématurés survenus à 8 $\frac{1}{2}$ mois ne doivent pas être rattachés au fait de l'intervention, mais plutôt à celui de la primiparité.

Quant à la 3^e observation, l'accouchement prématuré à 7 mois s'explique aisément par la mort fœtale, mais quelle est la cause de celle-ci. L'observation ne nous renseigne en rien sur les antécédents de la mère et ne signale aucune affection aigüe survenue depuis l'inter-

vention, ni aucune malformation fœtale constatée lors de l'accouchement. Toutes les hypothèses peuvent donc être émises, et on peut se demander si dans ce cas, la syphilis ou l'albuminurie, causes habituelles de la macération fœtale ne doivent pas prendre à leur compte cet accouchement prématuré, surtout que la myomectomie pratiquée pour l'ablation d'un fibrome pédiculé du corps ne peut être invoquée comme ayant causé la mort fœtale du fait d'un empêchement à l'accroissement de l'utérus, provoqué par l'existence d'une cicatrice.

Les 2 autres cas d'accouchement prématuré sont plus difficilement explicables. Si dans la deuxième observation, on peut imaginer que la cicatrice consécutive à l'énucléation d'un fibrome sessile peut avoir joué le rôle d'épine irritative réflexe, provoquant des contractions expulsives dès que la tolérance limite du muscle à l'expansion, a été atteinte ; dans la 5^e observation, qui a trait à un fibrome pédiculé, pareille explication ne peut être de mise. Si de plus, nous faisons remarquer que les myomectomies pratiquées pour énucléer des fibromes sessiles des zones dites tocogènes, segment inférieur et col, n'ont pas entraîné d'accouchement prématuré, à échéance lointaine, la portée du rôle de la cicatrice que nous invoquions précédemment est sensiblement réduite.

Peut-être faut-il dans ces cas d'accouchement prématuré survenu sans cause apparente, invoquer qu'il s'est agi là d'utérus particulièrement sensibles, qui ont réagi à des causes que nous ne connaissons pas, et

enregistrer le fait purement et simplement, à défaut de toute explication satisfaisante.

2. *Accouchement à terme.*

C'est le cas le plus fréquent, puisqu'il eut lieu 42 fois sur 51 observations.

Nous étudierons successivement l'accouchement, la délivrance et ses suites, à l'aide des 17 observations qui en mentionnent les particularités.

Les présentations du sommet prédominent largement : 16 sommets contre 1 siège mode des fesses.

La durée du travail n'est pas accrue, ainsi qu'en témoignent les chiffres de 8, 10, 11, 11 $\frac{1}{2}$, 14.40, 15, 22 heures, concernant des primipares ; 6 $\frac{1}{4}$, 12 heures, pour des multipares.

Trois fois on intervint par application de forceps, dans un cas par suite d'arrêt du travail ; dans un 2^e cas, l'application de forceps fut faite à la vulve, les contractions étaient énergiques et bien soutenues, mais le fœtus souffrait. Une 3^e application fut pratiquée sans que la raison nous en fut donnée. La délivrance a toujours suivi l'accouchement dans ses limites normales, les chiffres extrêmes relevés étant de 10 minutes et 2 $\frac{1}{2}$ heures ; elle ne fut jamais incidentée par des hémorragies, et les suites de couches furent toutes normales. Les enfants n'ont été influencés en rien par l'opération ainsi qu'en témoignent leurs poids : 3350, 3500, 3610, 3150, 3780, 3150, 3930, 3750, 2600, 3200, 3315, 3520 grammes. (Obs. de Voron, 1920). On ne signale qu'un seul cas de malformation et un cas de mort foetale par placenta prævia qu'on doit, d'après

Goullioud, attribuer au fibrome lui-même, plutôt qu'à son ablation pratiquée dans les premiers jours de la grossesse. (Obs. VIII).

b) *Pour la mère.*

1. *Récidives.*

Quand la myomectomie a été pratiquée sur l'unique fibrome que portait l'utérus, ce dernier subit, après la délivrance, son involution habituelle, et tout rentre dans l'ordre. Mais il se peut que l'intervention ait été incomplète, en ce sens que l'opérateur peut avoir laissé subsister des noyaux fibromateux, soit parce qu'il les a jugés non dystociques, non dangereux pour l'évolution paisible de la grossesse, soit parce que, trop nombreux, leur ablation risquant de transformer l'utérus en une sorte de loque incompatible avec la continuation de la grossesse. Les faits montrent qu'alors la régression de ces fibromes est la règle, et que cette régression peut même aller jusqu'à la disparition complète au point de vue clinique. L'involution porte sur le fibrome comme sur l'utérus, et d'autant mieux que le fibrome est sessile, qu'il est plus vivant. Pinard attribue alors à l'allaitement une valeur quasi spécifique, tandis que Treub admet que les noyaux fibromateux embryonnaires disparaissent à la suite du balayage utérin consécutif au remaniement complet des fibres musculaires.

Mais toute règle comporte des exceptions, et ce sont précisément celles-ci qui intéressent particulièrement l'accoucheur. Les cas où, après une myomectomie eut lieu la récurrence des fibromes ne sont pas rares, nous

en avons relevé un exemple dans l'Obs. XII, où, au cours de 2 grossesses espacées de 8 ans, la délivrance fut incidentée chaque fois par la présence d'un fibrome sessile à évolution sous-muqueuse.

Il semble, a priori, qu'à si l'on a pratiqué sur un même utérus des énucléations multiples, malgré les recherches les plus minutieuses, la récurrence reste possible, la graine étant largement ensemencée ; tandis que, après l'ablation d'un noyau unique, même volumineux, la guérison définitive est plus vraisemblable. D'après Benoît-Gonin, il n'y a aucune sécurité au point de vue de la récurrence, et d'après les recherches qu'il a effectuées, la proportion des récurrences observées au cours des grossesses ultérieures, est la même qu'en dehors de la gravidité ; sur les 74 opérées qu'il a pu suivre dans la suite, il a noté 5 cas de récurrences au cours de la grossesse, soit 6,7 %. Les auteurs américains ont remarqué l'influence sur la récurrence de la structure histologique du fibrome. D'après leurs travaux, moins les noyaux sont encapsulés, plus leur structure rappelle celle du tissu utérin, cas des myomes rouges, plus la récurrence a de chances de se produire, et particulièrement dans les cas de grossesse.

Que va donc devenir cet utérus récidivant ou porteur de fibromes qui n'ont pas subi une involution complète. Deux éventualités sont à envisager, ou bien, de par les accidents qu'ils provoqueront, les fibromes nécessiteront un traitement radical, ou bien ils resteront cliniquement latents, et pourront permettre à la femme de devenir enceinte à nouveau.

Dans la première hypothèse, les traitements suivis

différent ; certains auteurs, se basant sur l'âge de la femme, souvent proche de la ménopause, sur ce fait qu'ayant eu un ou plusieurs enfants, elle a rempli son devoir, n'hésitent pas à pratiquer d'emblée l'hystérectomie ; d'autres recourent une fois de plus à la myomectomie, surtout si la récédive a donné naissance à des fibromes pédiculés. Les nouvelles méthodes, Roëtgen et Curiéthérapie, ont également leurs adeptes.

2. Grossesses consécutives.

Les myomectomies pratiquées au cours de la gestation sont relativement peu mutilantes pour l'utérus, si on les compare à celles qui sont pratiquées hors de la grossesse, et où l'opérateur, n'ayant pas à ménager un œuf, peut ouvrir la cavité utérine, la curetter, ou même réséquer une partie de sa muqueuse. Les cicatrices qui en résultent peuvent faire penser que ce sont là des utérus estropiés, peu aptes à recevoir un œuf et à en admettre le développement complet. Si des grossesses peuvent évoluer jusqu'à terme dans ces conditions, à plus forte raison le pourront-elles quand elles se développeront dans des utérus moins couturés de cicatrices. Nous reportant aux statistiques publiées, nous voyons que :

Goullioud, en 1913, sur 74 opérées, a obtenu des grossesses consécutives chez 5 femmes, soit 7 %, une même devint enceinte à trois reprises.

Tuffier, en 1920, sur 135 opérées, en a eu 5 qui sont devenues enceintes dans la suite, soit 4 %.

S. Mayo, en 1920, sur 741 femmes, en a eu 60, soit 8 %, et sur ces 60, 12 eurent 2 grossesses.

En somme, la proportion est faible, et pour l'expliquer, on peut invoquer, en plus du peu de fécondité des utérus fibromateux, même débarrassés de leurs fibromes, le rôle de l'âge et de la situation des femmes opérées ; sur les 74 myomectomies de Goullioud, 26 seulement étaient mariées et âgées de 24 à 40 ans, et puis n'y a-t-il pas quelquefois aussi, volonté limitative du mari et de la femme, effrayés à l'idée d'un accouchement après pareille opération (Goullioud). Or les faits montrent que pareille crainte n'est nullement fondée si on se reporte aux travaux de Benoît Gonin et Lefebvre, qui ont particulièrement étudié le sort des grossesses consécutives à la myomectomie.

Benoît Gonin a pu réunir dans la littérature un total de 99 femmes myomectomisées qui donnèrent 125 grossesses. L'évolution normale de la grossesse peut être considérée comme étant la règle, ainsi qu'en témoignent le décompte de ces 125 gestations :

20 avortements dont la cause ne peut être rattachée sûrement à l'intervention.

5 accouchements prématurés dont 2 sans relations avec l'opération.

100 grossesses à terme, dont 2 furent incidentées par des hémorragies dues à une insertion basse du placenta.

Les présentations du fœtus se rencontrent avec sensiblement la même fréquence que normalement ; les 100 grossesses donnèrent :

96 présentations du sommet.

3 — du siège.
1 — de la face.

Au cours de l'accouchement, les contractions furent en général bonnes et régulières, mais parfois les cicatrices parurent jouer le rôle d'écran interceptant les contractions, (Morisson-Lacombe). Des applications de forceps ont été pratiquées ; motivées soit par une inertie utérine franche, soit par la crainte de l'éventualité d'une rupture utérine au moment des contractions expulsives ; nous n'avons malheureusement pas pu trouver la proportion de ces applications de forceps par rapport à ces 100 grossesses.

La rupture d'un utérus qui a subi la myomectomie est excessivement rare ; les récentes statistiques de Goullioud et S. Mayo n'en relatent aucune, et il faut remonter très loin dans la littérature pour retrouver les trois cas de Kronlein, Frankenthal et Doderlein. (in Thèse Lefèbvre).

La délivrance se fit dans des délais normaux, et une fois seulement, on dut pratiquer l'extraction manuelle du placenta.

Les suites de couches ne furent incidentées que dans 2 cas, par l'évolution d'une métrite hémorragique.

Les enfants issus de ces grossesses furent bien constitués, et si l'un d'eux a pu présenter pourtant une malformation très marquée, Goullioud, se demandant si l'enfant n'a pas été gêné dans son développement par une ampliation insuffisante de l'utérus, ne conclut nullement qu'elle puisse être imputable à la myomectomie.

CHAPITRE VI

INDICATIONS DE LA MYOMECTOMIE

La myomectomie peut être imposée au chirurgien, de par l'atteinte de l'état de la femme, c'est l'opération de nécessité due à des indications formelles ; ou bien c'est le chirurgien qui conseille la myomectomie par crainte de complications éventuelles, c'est alors une opération de sécurité basée sur des indications relatives.

§ I. — Indications formelles Opération de nécessité

L'atteinte grave de l'état général de la femme nécessite un diagnostic rapide, sinon ferme et celui-ci peut avoir à se poser dans diverses conditions.

Ou bien le médecin est en présence d'une femme

qu'il sait être fibromateuse, il apprend qu'il y a deux ou trois mois les règles se sont arrêtées ou seulement modifiées et que brusquement la malade vient d'être prise de douleurs intenses dans le bas ventre, irradiées rapidement à tout l'abdomen en même temps que survenaient des vomissements et un arrêt de la circulation intestinale. L'examen physique rendu quasi impossible par la défense de la paroi abdominale ne rend pas ; au toucher : col en situation normale, ramolli à son extrémité. On institue un traitement symptomatique : repos absolu, glace sur le ventre. Les phénomènes ne s'amendent pas, le pouls devient petit, le faciès se tire ; de toute nécessité il faut intervenir, le diagnostic restant en suspens entre grossesse probable avec kyste de l'ovaire tordu ou fibrome pédiculé tordu ou utérus gravide tordu sur son axe.

Ou bien le médecin ignore tout de la malade qui le fait appeler parce que depuis quelques mois ses règles sont devenues capricieuses, survenant fréquemment, pertes sanguines tantôt abondantes et espacées, tantôt faibles mais fréquentes. Le faciès est pâle, décoloré ; le pouls peu tendu, un peu rapide, la malade est sans forces, le moindre effort provoque des tendances à la syncope. Le ventre souple se laisse déprimer et permet de reconnaître un utérus plus ou moins volumineux, bosselé. On pense aussitôt à un fibrome, mais la consistance de l'utérus est moins ferme, plus dépressible que de coutume. Interrogée alors minutieusement la femme déclare que ses seins ont augmenté de volume peu après que survenaient ces modifications dans son rythme menstruel, elle a eu des céphalées,

des vertiges, des nausées. L'éveil est donné sur la possibilité d'une grossesse cause des accidents.

Mais le diagnostic de grossesse accompagnée de fibromes reste parfois difficile et M. Reeb donne comme signe pouvant aider au diagnostic avec assez de certitude avant d'entendre les bruits du cœur et avant de sentir une partie fœtale : le changement de place des fibromes par rapport à la matrice qui s'agrandit.

Pendant le travail, les conditions du diagnostic sont simplifiées, la grossesse étant connue ; mais on peut être appelé pour un travail lent, difficile, la tête ne s'engage pas, les battements fœtaux restant bons. Au palper on ne trouve rien d'anormal, si ce n'est la mobilité de la présentation fœtale. Au toucher, le col irrégulièrement effacé et dilaté est repoussé contre la symphyse pubienne par une masse dure, régulière, bombant dans le cul de sac postérieur. Cette masse n'appartient pas au bassin, on l'identifie comme faisant partie de l'utérus. Les contractions se succèdent sans apporter de modifications dans la situation de cette tumeur reconnue comme étant un fibrome de la paroi postérieure du segment inférieur. On ne peut attendre indéfiniment sans risquer de voir l'enfant souffrir puis succomber ; là encore il faut intervenir une fois le diagnostic posé.

Mais ce ne sont pas là les seuls cas qui peuvent commander une intervention à brève échéance tant pour sauver la mère dans le cours de sa grossesse que pour sauver l'enfant sur le point de naître ; chaque fois que l'un ou l'autre est cliniquement sérieusement me-

né par une des complications que nous avons étudiées au début de notre travail, il faut intervenir sans tenir compte de l'âge de la grossesse. La myomectomie permettra presque à coup sûr de guérir la mère en lui gardant un utérus sinon intact, du moins valide et nous avons vu que le fœtus avait de grandes chances de ne pas souffrir de l'intervention.

La possibilité de pratiquer la myomectomie ne se juge qu'une fois fait le diagnostic du siège et de la nature des fibromes. Bien souvent ce n'est qu'après la laparotomie pratiquée qu'on se décide en toute connaissance de cause, mis à part les cas de fibromes cervicaux et certains fibromes pédiculés ou sessiles, de petit volume, du segment inférieur pour lesquels on peut employer la voie vaginale ou transvaginale.

Indications formelles.

a) Pendant la grossesse.

Tous les auteurs sont unanimes à reconnaître comme telles :

1. la compression persistante des organes du bassin due à l'accroissement du fibrome ou à l'incarcération de l'utérus fibromateux, avec les conséquences qu'elle entraîne, qu'il s'agisse de la vessie, du rectum, ou des plexus nerveux.
2. la torsion du pédicule d'un fibrome entraînant ou non sa nécrobiose.
3. la torsion de l'utérus fibromateux.
4. une réaction péritonéale persistante.
5. des douleurs intenses et continues.

6. des hémorragies répétées amenant un degré d'anémie marquée.

7. l'augmentation de volume rapide du fibrome avec atteinte grave de l'état général.

8. un polype accouché dans le vagin, prédisposant à l'infection du fait de la perméabilité de l'orifice interne maintenue par le pédicule qui le traverse.

9. un fibrome pédiculé du col. Dans ce cas le rôle du volume de la tumeur intervient, puisque depuis Tarnier il est classique de reconnaître comme fatalement dystocique un fibrome pédiculé du col de volume supérieur à celui d'un œuf de poule. Si donc le fibrome est plus petit, il pourra se laisser laminier sous la pression de la présentation fœtale, tout en rendant l'expulsion plus lente, puis une fois l'accouchement terminé on l'enlèvera. Si le fibrome est plus gros qu'un œuf de poule il est de toute nécessité de pratiquer son ablation puisqu'au moment de l'expulsion fœtale il jouera comme facteur de dystocie. Mais faut-il attendre ce moment pour en pratiquer la myomectomie ou la faire au cours de la grossesse. Jamain, Burty, Fontaine, Viel, sont catégoriques, l'ablation doit être pratiquée au cours de la grossesse dès le fibrome reconnu ; néanmoins ces auteurs reconnaissent qu'on peut, par crainte d'un avortement ou accouchement prématuré consécutif différer l'opération jusques dans les derniers jours de la grossesse.

La même conduite peut également s'appliquer aux fibromes sessiles du col restés latents pendant l'évolution de la grossesse, mais il est peut-être plus sage d'attendre pour intervenir, l'épreuve du travail qui

dans des cas heureux a pu faire ascensionner le fibrome et lever ainsi la dystocie menaçante.

Il est un point sur lequel nous voulons attirer l'attention, doit-on pratiquer la myomectomie au cours de la grossesse quand on se trouve en présence d'un fibrome sphacélé ? C'est que dans ce cas il y a infection du fibrome et on peut se demander s'il est prudent de pratiquer une opération conservatrice sur un utérus en rapport vasculaire plus ou moins intime avec un foyer septique. On risque en effet que l'infection atteigne l'utérus et que la solidité de la suture utérine, point capital dans les suites de l'intervention, ne soit compromise. Des observations publiées par Chavannaz et de la thèse de Barbier, il ressort que la nature du fibrome, pédiculé ou sessile doit servir de critérium à l'intervention ; si le fibrome sphacélé est pédiculé : myomectomie, si le fibrome sphacélé est sessile, se résoudre à l'hystérectomie. La nature exacte des lésions du fibrome peut ne pas être apparente au premier abord et dans un cas qu'il rapporte, Chavannaz ayant pratiqué la myomectomie d'un fibrome sessile et, au moment de pratiquer les sutures, ayant reconnu par la coupe de la tumeur que celle-ci présentait « la couleur violacée et noirâtre caractéristique du sphacèle » termine l'intervention par une hystérectomie subtotale.

Quant à la technique opératoire, elle se déduit du diagnostic topographique et de la nature du fibrome, nous l'avons traitée précédemment.

b) *Pendant le travail.*

Nous avons vu que l'ascension d'un fibrome prœvia

dans les derniers temps de la grossesse ou au cours du travail était, sinon la règle, du moins un événement fréquent et qu'il était de toute nécessité de tenir compte de cette éventualité. L'indication formelle de l'intervention devient donc la suivante : fibrome proëvia absolu malgré des contractions utérines régulières et soutenues.

Le fibrome peut sous l'influence de contractions efficaces ascensionner très lentement, mais la mère s'épuiser à ce travail et les contractions devenir espacées, irrégulières et déficientes ; de même l'enfant peut donner des signes évidents de souffrance qu'il y ait ou non une présentation défavorable ou une procidence, surtout si les contractions se succèdent énergiques et sans amener de progrès dans la situation.

Faut-il alors sous ce prétexte que le fibrome libère peu à peu la voie, attendre encore et risquer de voir l'enfant succomber ? Aucune réponse catégorique n'est donnée par MM. Voron, Reeb, Le Lorier qui se sont trouvés dans cette alternative, mais la conduite qu'ils ont suivie les montrent nettement interventionnistes.

Alors comment intervenir : il y a deux méthodes, ou bien libérer la filière pelvi génitale obstruée et extraire l'enfant par les voies naturelles ou bien extraire d'abord l'enfant par opération césarienne, puis pratiquer sur le champ la myomectomie.

La première méthode ne comporte que l'intervention par voie vaginale, elle ne sera donc applicable qu'aux fibromes sessiles du col, aux polypes accouchés par le vagin sous l'influence des contractions. Sitôt la myo-

mectomie terminée on laissera l'accouchement se terminer spontanément ou on l'aidera par une application de forceps (Obs. XI). Nous n'avons pas trouvé d'exemples que l'énucléation d'un fibrome sessile du col ait servi d'amorce à une déchirure remontant sur le segment inférieur et ceci n'a rien de surprenant quand on compare cette incision incomplète de la paroi cervicale à l'incision complète du col telle qu'elle est pratiquée au cours du travail dans les complications œdémateuses de cette partie de l'utérus.

De même nous n'avons pas trouvé d'exemples de myomectomie transvaginale au cours du travail ; cela peut s'expliquer par le fait que cette opération est aveugle et que bien souvent la nature exacte du fibrome n'a pu être déterminée : a-t-on affaire à un fibrome sessile du segment inférieur ou bien à un fibrome pédiculé du corps ou du segment inférieur bloqué au-dessous du promontoire. Dans la certitude de rencontrer un fibrome pédiculé, la myomectomie est logique, elle ne lèse en rien l'utérus qui peut s'exonérer de lui-même, mais si le fibrome est sessile pourra-t-on l'énucléer sans perforer cette paroi amincie et dans les cas heureux, la suture résistera-t-elle aux efforts d'expulsion même aidés d'une application de forceps.

Il reste à envisager la 2^{me} méthode : opération césarienne suivie de myomectomie. La technique en a été exposée dans le chapitre III. C'est à elle qu'on aura recours dans les cas de fibromes non accessibles directement à la vue, fibromes implantés sur le segment inférieur et le corps. Mais faut-il tenir compte

du moment de la rupture des membranes, c'est-à-dire peut-on même un certain temps après la rupture de la poche des eaux pratiquer une césarienne conservatrice suivie de myomectomie. Nous avons relevé trois cas où semblable opération eut lieu respectivement 10 heures (Obs. XI), 7 jours (Obs. Reeb), 17 heures (Obs. de Le Lorier et Delapchier), après la rupture sans qu'aucune complication ne survienne dans le post-partum.

Un quatrième cas, ayant trait à une césarienne suivie de myomectomie pratiquée alors que la poche des eaux était intacte et que le liquide amniotique avait été reconnu bactériologiquement stérile, fut suivi de complications fibriles : hématome suppuré dans le Douglas. (Obs. X).

Ces exemples nous portent à croire que le laps de temps qui s'écoule entre la rupture de la poche des eaux et le moment de l'intervention n'a pas grande valeur en lui-même et que la contre indication absolue de la césarienne conservatrice est également celle de la myomectomie à savoir l'infection du liquide amniotique.

c) *Pendant la délivrance et les suites de couches.*

Dès lors il n'y a plus à envisager que la mère tant au point de vue de son état actuel que de son avenir obstétrical ; tous les efforts doivent naturellement tendre vers la conservation de l'utérus.

Si les complications qui peuvent surgir pendant ces deux périodes ont été bien étudiées par différents auteurs, aucun ne formule de règle précise quant à la conduite à tenir et des critiques qui suivent diverses

observations se dégagent ce point : faire la myomectomie de préférence à l'hystérectomie quand c'est possible. Aussi les indications que nous nous permettrons d'indiquer n'auront-elles que la valeur qui peut se dégager des quelques observations recueillies pour notre travail.

Pendant la délivrance, les anomalies qui résulteront de l'adhérence totale ou partielle du placenta entraînant ou non des hémorragies, forceront l'accoucheur à explorer la cavité utérine tant pour pratiquer la délivrance artificielle que pour essayer de mettre fin à une hémorragie dangereuse et permettront de reconnaître un fibrome peut-être méconnu jusques là. Nous avons vu précédemment que ce sont les fibromes sessiles à évolution sous muqueuse qui étaient causes de ces complications, ils sont donc accessibles facilement par la voie vaginale et c'est uniquement par cette voie que furent effectuées les trois myomectomies que nous connaissons ; deux myomectomies curage et une myomectomie après incision de la paroi antérieure du col. Cette intervention se pratique plus sous le contrôle du doigt que sous celui de la vue et de ce fait est délicate car bien que la paroi utérine soit plus épaisse par suite de sa rétraction on n'est jamais certain de ne pas empiéter plus ou moins sur la couche musculaire et de ne pas créer de fissures dans la paroi.

Pendant les suites de couches.

1. Un polype que les contractions utérines font accoucher par l'orifice externe nécessite son ablation immédiate, que sa présence soit seulement reconnue

au cours d'un examen de la malade en vue de « sa sortie » ou bien comme cela est plus fréquent qu'il se soit manifesté par des complications hémorragiques ou septiques. Une fois supprimée la cause des complications, l'effet ne se fait pas attendre et tout rentre dans l'ordre.

2. Les hémorragies du post-partum quand elles sont dues à la présence d'un fibrome sessile céderont également à la myomectomie qui en sera le traitement étiologique.

3. La rétention lochiale provoquée par la compression ou l'oblitération du canal cervical par un fibrome est théoriquement justiciable de la myomectomie qui en levant l'obstacle permettra un écoulement normal des lochies ; mais n'ayant pas relevé d'opération pratiquée pour semblable cause nous ne ferons que signaler cette indication.

4. Il en est de même de deux complications signalées précédemment, l'hypertrophie galopante post-partum des fibromes et la torsion d'un fibrome pédiculé rendu ballant par suite de la vacuité de l'utérus et de l'effondrement de la paroi abdominale. Ces deux complications ont la même symptomatologie que pendant la grossesse et les dangers qu'elles font courir à la mère ont la même gravité.

5. Sphacèle du fibrome. C'est de la précocité du diagnostic que découle la possibilité de pratiquer la myomectomie, il faut en effet intervenir avant que l'infection n'ait pu gagner le muscle utérin sans quoi c'est l'hystérectomie qui reprend ses droits.

C'est dire que dans les suites d'un accouchement qui

a évolué normalement ou non, le fibrome reconnu doit être surveillé de très près et qu'une élévation de température, accompagnée ou non de modifications des lochies, mais coïncidant avec une sensibilité spontanée ou provoquée au niveau de ce fibrome doit faire intervenir à bref délai.

Ce sont les complications infectieuses, puis les complications hémorragiques qui sont les plus fréquentes, or nous avons vu qu'elles étaient dues surtout à des fibromes sessiles à évolution sous muqueuse ou à des polypes. C'est la voie vaginale qui donne sur eux l'accès le plus facile, les observations le confirment (7 interventions vaginales contre 1 abdominale) et la technique suivie est commandée par la situation et la nature du fibrome. Nous noterons que dans les cas de myomectomies pratiquées pour sphacèle du fibrome, l'opération vaginale est aléatoire et peut entraîner à l'hystérectomie par suite de déchirure du muscle utérin. Mais dans les deux cas où la myomectomie vaginale fut complétée par l'hystérectomie il s'agissait ou du sphacèle d'un polype évoluant depuis 10 jours et ayant gagné la paroi utérine au niveau de son point d'implantation (Obs. XIV), ou d'un fibrome qui faisait partie intégrante de la paroi postérieure de l'utérus, n'était recouvert seulement que par le péritoine et dans ce cas l'intervention par voie abdominale aurait peut-être permis de sauver l'utérus. (Obs. de Demelin et Brindeau).

§ II. — Indications relatives :

Opération de sécurité

Hanté par les complications qui peuvent surgir soit au cours de la grossesse, de l'accouchement ou de ses suites, le médecin peut être amené à conseiller la myomectomie à la malade chez laquelle il vient de reconnaître une grossesse et un fibrome utérin. C'est seulement pendant la grossesse que pareille éventualité se produira, car pendant l'accouchement, la délivrance et le post-partum, on ne doit intervenir que la main forcée par des accidents graves déclarés ou immédiatement menaçants. Et bien plus la myomectomie opération de sécurité, ne peut se concevoir que pendant les six premiers mois, car après cette limite, s'il n'est pas survenu de complications, pourquoi opérer préventivement puisqu'à terme ou près du terme, une opération césarienne au pis aller, suivie elle-même d'une myomectomie ou si nécessaire d'une hystérectomie donnera à coup sur un enfant vivant. Si des complications surgissent après le 6^e mois, alors l'intervention s'imposera avec le bénéfice d'un enfant viable même en cas d'accouchement prématuré à la suite.

Il semble que certains auteurs tendraient de plus en plus à pratiquer préventivement la myomectomie (Fruhinsholz). Est-ce bon ?

Un parallèle entre les risques de l'opération, c'est-à-dire, l'exposé des griefs reprochés à la myomectomie et les dangers que peuvent faire courir à la femme enceinte les fibromes que porte son utérus, sera la meilleure réponse.

a) *Griefs reprochés à la myomectomie.*

1. L'inutilité de la myomectomie a été mise en avant ; le fibrome est l'apanage des vieilles femmes qui n'ont que faire d'un utérus (Joubert) ; une multipare fibromateuse a déjà rempli son devoir de mère et peut avoir droit à l'opération radicale qu'est l'hystérectomie.

La première de ces données ne tient guère devant les faits, Jamain sur 68 cas avait 35 femmes âgées de moins de 35 ans et nous-même sur 70 observations n'avons que 13 femmes au-dessus de cet âge.

D'autre part, les cas de grossesses consécutives à la myomectomie achèvent de jeter bas cette objection.

Quant à la seconde, c'est affaire de conscience et nous ne pouvons la discuter.

2. Difficulté. Celle-ci est réelle, reconnue de tous ceux qui ont pratiqué des myomectomies. En cas de fibromes pédiculés, l'opération à en lire les comptes rendus n'est qu'un jeu et dans les cas de fibromes sessiles, l'hémorragie fut toujours arrêtée soit par des sutures ou des greffes épiploïques et l'ouverture de la cavité utérine, conséquence d'une énucléation difficile, ne provoqua pas toujours inévitablement l'avortement. Mais est-il prudent de prédire une myomectomie et une fois celle-ci commencée force ne sera-t-il pas de

terminer par une hystérectomie faute de pouvoir mener à bien la première. Cette éventualité est exceptionnelle et nous n'en avons relevé qu'un exemple. (Obs. de Chavannaz).

3) Récidives. Nous avons dit précédemment que la récurrence était possible, mais rare à en juger par les statistiques publiées. Une autre objection, tout aussi relative, est celle de complications pouvant survenir du fait de fibromes omis intentionnellement parce que trop petits ou trop nombreux pour être tous énucléés ou qui ont échappé aux recherches.

4. Rupture utérine. Certes c'est une menace qui pèse sur la femme jusqu'à la naissance de son enfant, mais menace théorique surtout puisqu'elle ne se manifesta jamais à notre connaissance.

La dystocie consécutive à la cicatrice reliquat d'une myomectomie, n'a été signalée qu'une fois et avec réserve par Hublard.

5. Gravité pour la mère. Il est des cas malheureux, nous ne pouvons le nier, mais ils semblent rares puisque sur les 70 cas relevés, nous ne notons que deux cas mortels et deux cas suivis d'accidents fébriles prolongés. D'autre part la myomectomie ne présente pas plus de gravité que l'hystérectomie, elle expose moins à la phlébite et à l'embolie (Goullioud).

6. Gravité pour le fœtus. Les malaxations utérines, les sutures posées sur le muscle, l'ouverture de la cavité utérine peuvent provoquer des avortements, mais là encore les chiffres relevés, (7,4 %), d'avortements ou accouchements prématurés immédiats, pour des opérations pratiquées sur des femmes en état de

moindre résistance par suite des complications déclarées, poussent à l'optimisme.

De tous ces griefs reprochés à la myomectomie, il n'en est donc qu'un qui ait une valeur réelle, celui de sa gravité, surtout vis-à-vis du fœtus ; or il s'agit « souvent de femmes ayant longtemps espéré et difficilement obtenu une grossesse » (Fruhinsholz) ce qui augmente encore la valeur de cette objection.

b) *Dangers dus à la présence des fibromes.*

L'étude des complications dues aux fibromes a été faite précédemment, nous n'y reviendrons pas. Vu le faible nombre de nos observations, nous ne pouvons établir une proportion de la fréquence relative de ces complications, il semble pourtant que la compression des organes du petit bassin et la torsion des fibromes pédiculés avec ses conséquences, soient celles qu'on rencontre le plus souvent. Plus intéressante à connaître est la proportion des grossesses qui, soit au cours de leur évolution, soit au cours de l'accouchement ont été accidentées par la présence de fibromes ; nous reportant à la statistique de la Maternité de Nancy (1900-1922) nous voyons que les 60 grossesses avec fibromes ont donné :

46 Grossesses à terme et accouchement normaux soit.....	76,6 %
4 Avortements avec 3 hystérectomies soit.....	6,6 %
8 Accouchements dystociques avec 2 hystérectomies soit.....	13,2 %
1 Grossesse compliquée d'hémorragie avec myomectomie soit.....	1,6 %
1 Grossesse avec myomectomie de sécurité soit.....	1,6 %

Sur ces 60 grossesses on a eu

49 enfants vivants soit 81,6 %

2 décès de la mère soit 3,3 %

D'autre part sur les 59 cas de myomectomie pratiquée pendant la grossesse et le travail on a obtenu

52 enfants vivants soit 89 %

2 avortements soit 3,5 %

2 morts de la mère soit 3,5 %

Sans être très fréquents, les dangers dus aux fibromes existent donc bien et l'on conçoit que leur gravité ait pu décider des chirurgiens à pratiquer la myomectomie, avec les risques qu'elle entraîne, avant que les accidents ne se déclarent. Il est évident qu'opérer à son heure, c'est avoir pour soi toutes les chances de réussite, car une fois les complications survenues, et certaines sont impérieuses, dans quelles conditions matérielles se trouvera-t-on pour intervenir, non pas tant dans les villes que dans les campagnes.

Nous avons vu précédemment, que contrairement à l'idée qu'on pouvait en avoir à priori, la myomectomie des fibromes pédiculés provoquait autant, sinon plus d'avortements que la myomectomie des fibromes sessiles et qu'il y avait là en jeu un élément inconnu, à savoir la susceptibilité de réaction spéciale à chaque utérus. Il s'en suit qu'une classification basée uniquement sur la nature des fibromes : pédiculés ou sessiles, ne peut servir à préjuger des suites opératoires quant au fœtus et c'est précisément sur sa sauvegarde que se concentrent les efforts.

c) C'est donc d'après leur diagnostic topographique, mais pas toujours exactement posé par l'examen

clinique seul, que nous pourrons classer les fibromes au point de vue des indications de la myomectomie, opération de sécurité.

1. *Fibromes du col.*

Qu'ils soient sessiles ou pédiculés, ceux-ci s'accroissent surtout pendant la 2^e moitié de la gestation et alors même qu'ils n'auront pas occasionné jusqu'alors d'accidents, on ne peut prédire si leur accroissement dépassera ou non le volume de l'œuf de poule que Tarnier a considéré comme limite dystocique au moment de l'expulsion fœtale. Si le fibrome dépasse cette limite, il faudra procéder à son ablation dès le début du travail, s'il ne le dépasse pas, ce sera après la délivrance qu'il faudra le faire pour supprimer ce corps étranger, plus ou moins meurtri, susceptible de provoquer ou de favoriser une infection au voisinage de l'orifice cervical. La myomectomie des fibromes pédiculés du col n'ayant jamais entraîné d'avortement, doit être pratiquée dès le diagnostic posé. (Jamain). Les fibromes sessiles peuvent également être énucléés avant qu'ils n'aient engendré de complications, mais l'avortement toujours possible à la suite de l'opération, peut inciter à attendre ou l'apparition des accidents pour intervenir à bref délai, ou le début du travail pour lever la dystocie qui se présentera.

2. *Fibromes du segment inférieur et du corps, pédiculés ou sessiles.*

Ils peuvent évoluer sans incider le développement de la grossesse et ne gêner en rien l'accouchement, c'est l'éventualité la plus fréquente. Aussi par crainte des cas malheureux où l'avortement a suivi la

myomectomie, croyons-nous qu'il est bon de ne pas être interventionniste d'emblée et qu'il faut attendre l'apparition d'accidents même légers, pour autoriser dès lors le chirurgien à supprimer le fibrome.

3. *Polypes utérins cavitaires.*

Leur présence ne sera reconnue s'ils n'ont provoqué aucun trouble, qu'à l'occasion d'un examen s'ils sont accouchés par l'orifice externe. Mais que leur présence dans le vagin soit antérieure ou postérieure à la grossesse, ils constituent pour elle une menace d'avortement ou d'infection telle qu'il est nécessaire d'opérer sur le champ, c'est le meilleur moyen de protéger la gestation en cours.

4. *Fibromes inclus dans les ligaments larges.*

Ce sont des obstacles prævia inévitables au moment de l'accouchement; fixés dans la cavité pelvienne dès leur origine, ils exposeront au maximum la femme aux accidents de compression, ils ne subiront pas d'ascension lors des contractions utérines. Attendre le travail pour opérer de semblables fibromes, c'est l'opération césarienne suivie ou non de myomectomie selon les circonstances du moment. Pratiquer la myomectomie dès que le fibrome est reconnu, au début de la grossesse est de beaucoup préférable; à ce moment l'accès sur le fibrome sera facile, le faible volume de l'utérus ne masquera pas le champ opératoire et n'obligera pas à une extériorisation de l'organe, d'où manipulations réduites et d'autant moins de chances de provoquer des réactions expulsives de sa part.

d) *Moment optimum de l'intervention.*

Vincent et Ferrari disent que le 5^{me} mois est le moment propice, l'opération étant plus aléatoire avant le 4^{me} mois. Vautrin préconise d'intervenir entre le 3^{me} et le 5^{me} mois. Jamain dans le 2^{me} ou le 3^{me} mois. D'après Fontaine « on fera l'ablation des fibromes du col vers le 5^{me} ou le 6^{me} mois, à ce moment l'œuf est déjà fixé et le fibrome commence à s'hypertrophier ; les fibromes du corps et du segment inférieur seront énucléés du 2^{me} au 3^{me} mois. »

Nous reportant à notre statistique, nous voyons que les opérations faites avant le 5^{me} mois sont celles qui ont donné la plus faible proportion d'avortements ; et nous rappelant que l'utérus est particulièrement apte à réagir aux excitations lorsque celles-ci sont provoquées au voisinage des époques menstruelles, il doit être préférable de choisir comme date opératoire le milieu de l'espace intermenstruel.

En résumé nous voyons que les polypes accouchés par l'orifice externe, les fibromes pédiculés du col et les fibromes inclus dans les ligaments larges sont les seuls qui puissent légitimer la myomectomie pratiquée avant l'apparition des accidents et que c'est dès leur diagnostic posé, le plus souvent à la suite du premier examen auquel doit se soumettre toute femme nouvellement enceinte, que l'opération doit avoir lieu.

CHAPITRE VII

CONTRE-INDICATIONS DE LA MYOMECTOMIE

Les contre-indications à cette intervention peuvent provenir soit de la mère, soit de l'œuf, soit du fibrome.

§ I. — **Contre-indications provenant de la mère**

a) *Etat général déficient prononcé.*

Si l'état précaire de la mère est dû à la gravité des complications engendrées par le fibrome dont elle est porteur, l'abstention équivaut à une mort plus ou moins rapide, alors que l'intervention peut amener la guérison et bien que les chances de succès apparaissent comme réduites, nous ne devons pas les négliger.

Mais une maladie grave a pu frapper la mère au point de la mettre en danger lorsque surviennent des

complications dues au fibrome ; et alors ce sont ou bien des complications légères, de véritables alertes mais qui rétrocedent d'elles-mêmes, ou par un traitement approprié, et dans ce cas c'est l'abstention opératoire qui est de rigueur jusqu'à la guérison de l'affection première ; ou bien ces complications sont brutales dans leur apparition, très graves dès le début et enlèvent par là même toutes chances de succès à une intervention dirigée non plus en vue de la conservation d'un œuf à vitalité déjà compromise, mais seulement en vue de la guérison de la mère.

b) *Etat septique des annexes.*

Tuffier craignant de voir l'infection se propager à la plaie utérine pratique systématiquement l'hystérectomie.

c) *Infection puerpérale.*

La cause de l'infection puerpérale entre en ligne de compte pour la conduite à tenir. Un polype qui s'infecte, produisant des lochies fétides, de la température sera enlevé sur le champ et l'opération deviendra doublement curative à condition d'être pratiquée de bonne heure, avant que l'infection n'ait eu le temps de gagner l'utérus lui-même, auquel cas l'hystérectomie reprendrait ses droits. Mais il en est tout autrement dans les cas de fibromes sessiles qui s'infectent et dans ceux où l'infection puerpérale reconnaît une cause étrangère au fibrome. Commandeur considère que les infections puerpérales développées dans un utérus fibromateux offrent une gravité singulière, comme si

ces utérus fibromateux présentaient à l'infection une moindre résistance. Il estime que la coexistence d'un fibrome et d'une infection puerpérale est une indication à l'hystérectomie précoce.

§ II. — Contre-indication provenant de l'œuf

Infection ovulaire.

Bien que les incisions pratiquées pour la myomectomie des fibromes même sessiles n'intéressent que rarement toute l'épaisseur de la paroi utérine, il y a toujours à craindre une propagation possible de l'infection au péritoine à travers la ligne de suture même bien coaptée, et ce fait constitue d'après Joubert une contre indication absolue à la myomectomie.

§ III. — Contre-indications provenant du fibrome

a) *Volume énorme d'un fibrome sessile.*

L'énucléation d'un tel fibrome amène à pratiquer dans le muscle utérin une brèche qu'on ne peut songer à réparer et c'est seulement au cours de l'inter-

vention qu'on peut juger de la possibilité de l'opération conservatrice (Joubert).

b) *Utérus à dégénérescence fibromateuse étendue.*

Enlever tous les fibromes c'est transformer l'utérus en une loque musculaire, couturée de cicatrices, inapte à subir le développement d'un œuf. (Jamain).

c) *Fibromes diffus, myomes rouges.*

Ces fibromes diffus, sans limitation anatomique, qui tiennent au corps utérin par toutes leurs fibres ne peuvent être énucléés ; ils relèvent seulement de l'hystérectomie (Tuffier-Vautrin).

d) *Marche galopante des fibromes.*

Alors que certains chirurgiens en pratiquent la myomectomie, Doléris et Monprofit, considérant que dans ces cas d'accroissement rapide le fibrome se comporte comme une tumeur maligne, pratiquent l'hystérectomie.

e) *Sphacèle et gangrène d'un fibrome sessile.*

Le processeux gangréneux peut avoir franchi la capsule du fibrome et s'être étendu au muscle utérin lors de l'intervention, la myomectomie doit alors céder le pas à l'hystérectomie. Cette règle est moins nette en ce qui concerne le sphacèle des fibromes sessiles, certains chirurgiens en présence de fibromes sessiles sphacelés ont pratiqué avec succès la myomectomie, tandis que Chavannaz se résout à l'hystérectomie.

CONCLUSIONS

1. La myomectomie est l'opération idéale à opposer aux fibromes pendant la puerpéralité. La mortalité et la morbidité maternelle y sont très réduites.

L'avortement ou l'accouchement prématuré immédiat sont rares, mais toujours à craindre et rien ne permet de prévoir comment se comportera l'utérus vis-à-vis de l'intervention.

La voie d'accès se déduit du diagnostic topographique de la tumeur.

2. Il est des indications formelles à l'intervention, ce sont les complications graves dûment déclarées, elles forcent à l'opération immédiate quel que soit l'âge de la grossesse.

3. Il est des indications relatives : complications légères et fugaces qui par crainte d'aggravation dans la suite peuvent pousser à intervenir à brève échéance.

4. La présence de fibromes cliniquement latents ne constitue une indication à l'opération préventive que dans les cas de polypes accouchés dans le vagin, de fibromes pédiculés du col, de fibromes inclus dans les ligaments larges.

5. Le moment d'élection pour intervenir dans ces cas, est de le faire sitôt le diagnostic posé ; après le 5^e mois l'avortement post-opératoire est plus fréquent qu'avant cette date.

6. La myomectomie est contre-indiquée par l'état général déficient très prononcé de la mère, l'état septique des annexes, l'infection puerpérale et ovulaire, la dégénérescence fibromateuse étendue de l'utérus, le sphacèle et la gangrène des fibromes sessiles.

OBSERVATION N° I

Avortement chez une primipare de 20 ans par polype fibreux de l'utérus. (Résumé)

M. TOURNEUX. Bull. Soc. Gynécologie et Obstétrique. 1919.
p. 202.

Primipare de 20 ans, pas d'antécédents, qui, sans cause apparente, fait à 6 mois, le 14 mars, un avortement. Délivrance spontanée.

Suites normales pendant 8 jours, puis douleurs dans le bas ventre et pertes odorantes. Fièvre à grandes oscillations, vomissements, diarrhée.

Un médecin perçoit dans le vagin une masse assez volumineuse, mobile, remontant jusque dans la cavité utérine largement ouverte, pense à une rétention placentaire et ne réussit pas à l'extraire.

Examen le 9 avril. Etat infecté. Pouls 115 mal frappé. Température 39°4. Sensibilité utérine. Utérus non augmenté de volume, écoulement muco-purulent à odeur infecte.

Au toucher : dans le vagin, tumeur assez ferme, du volume du poing, se continuant dans la cavité utérine, et se fixant vers le milieu de cette cavité. L'examen au spéculum confirme.

On pense à un polype fibreux de l'utérus. Intervention (éther). Ablation de la tumeur qui s'insérerait par une surface assez large, au milieu de la face postérieure de l'utérus, puis curettage prudent de la cavité.

Suites longues. Température élevée. Guérison en mai.

Cette femme redevient enceinte et accouche normalement à terme en janvier 1919.

OBSERVATION N° II

Fibrome pédiculé du col. — Myomectomie.

M. VIEL. Thèse Paris 1920.

IV^e grossesse, entre le 16 juillet 1920, en prévision d'un accouchement dystocique pour fibrome pédiculé du col. Règles irrégulières depuis la 3^e grossesse en 1915.

D. R : 25-28 octobre 1919.

Depuis le début de la grossesse, quelques nausées le matin, se plaint de douleurs constantes dans le bas-ventre et la fosse iliaque droite. Aucune perte de sang. Leucorrhée légère. Constipation.

H. U. : 34 cm. Pas de présentation franche : le siège empiète dans la fosse iliaque gauche, et la tête est nettement perçue dans l'hypocondre droit.

Toucher : Vagin granuleux, col très en arrière et à gauche, dur, granuleux, orifice externe à peine entr'ouvert. A droite, latéralement au col, on sent une tumeur pédiculée (pédicule long de 1 $\frac{1}{2}$ cm.), du volume d'une petite orange, de consistance ferme, très mobile, ne semblant pas devoir être un gros obstacle à l'engagement. Son ablation est décidée par crainte de sphacèle consécutif aux compressions inévitables pendant le Travail.

Ablation du fibrome après ligature du pédicule au catgut. Perte de sang assez abondante.

Accouchement normal le 16 août. Rupture prématurée des membranes 48 heures auparavant.

Délivrance normale 10' après. Enfant de 3920.

OBSERVATION N° III

Obstacle prævià dû à un fibrome du ligament large.

Opération au 5^e mois. Accouchement à terme

MM. VINCENT ET FERRARI. Bulletin de la Société de Gynécologie et Obstétrique. 1912 p. 100.

M^{me} P... 25 ans. D. R. : 25 dec. 1910.

2^e examen au début de mai 1911. Existence d'une grossesse de 5 mois, mais l'utérus remontait dans l'abdomen jusqu'au dessus de l'ombilic. Au toucher : tumeur assez volumineuse, logée et fixée dans la cavité pelvienne et proéminent d'avantage sur le côté gauche de l'utérus ; celui-ci était exclus de la cavité pelvienne et remonté dans la cavité abdominale. Le col était perçu très haut à bout de doigt. La tumeur était consistante, non fluctuante et insensible, elle donnait l'impression d'un fibrome. Diagnostic posé : fibrome volumineux du segment inférieur de l'utérus, logé dans le bassin. Il était évident que cette tumeur constituerait au terme de la grossesse un obstacle au passage du fœtus.

Opération le 18 mai 1911 sous chloroforme.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. La tumeur occupait le ligament large gauche, et avait la grosseur d'un gros poing ; elle était incluse entre ses deux feuillets. La trompe et l'ovaire gauche avaient suivi l'ascension de l'utérus et étaient situés, par conséquent, au-dessus de la tumeur, et reliés à sa partie supérieure gauche par un méso étiré ; une incision transversale du feuillet péritonéal tapissant le point culminant du fibrome, permit de l'énucléer facilement. Il n'avait aucune connexion avec l'utérus. La cavité résultant de l'énucléation du fibrome donna une hémorragie en nappe, que nous eûmes assez de peine à arrêter par un tamponnement, et qui nous fit craindre un instant de laisser des tampons à demeure, ce qui n'aurait pas été sans danger pour la continuation de la grossesse. Cet écoulement sanguin s'arrêta heureusement, et l'on

put terminer l'opération par la suture des feuillets du ligament large, et la fermeture complète de l'abdomen. Les suites opératoires furent des plus simples. On ne donna pas d'opiacés, et aucun trouble ne survint pour nous faire craindre un instant l'interruption de la grossesse.

L'opérée quitta la clinique, guérie, 3 semaines après. Evolution de la grossesse. Accouchement le 3 octobre 1911, d'un garçon en siège décomplété mode des fesses. Travail de 8 heures. Accouchement difficile et douloureux.

OBSERVATION N° IV

Myomectomie pendant la grossesse

MM. JOB ET HAMANT. Bull. Société Gynécologie et Obstétrique, 1913. P. 313.

Obs. N° 712 de la Maternité de Nancy 1922.

M^{me} D..., 25 ans. Primipare. Mariée à 22 ans. D. R. : 15-20 avril. Vient consulter le 7 août, se croyant enceinte normalement. A l'inspection on remarque une voussure de la grosseur du poing, siégeant au-dessus de la symphyse et prédominant du côté droit. Au palper, l'utérus remonte jusqu'au niveau de l'ombilic, dévié à gauche. La tumeur a une consistance très dure, irrégulière, bosselée, sans adhérences aux plans superficiels, et ne semble pas, par sa mobilisation, entraîner un déplacement de l'utérus.

Sur la ligne médiane, et à mi-distance de la symphyse et de l'ombilic, on sent un petit noyau dur, indolore, de la grosseur d'une noisette ; sur le côté gauche de l'utérus, un peu au-dessus de l'épine iliaque antérieure et supérieure, un autre noyau de la grosseur d'une noix. Dans cette zone la palpation montre un utérus présentant des indurations.

Au toucher on ne sent pas la tumeur ; la mobilisation du col utérin reporté sur la droite ne se communique pas à la tumeur. On pose le diagnostic de fibrome pédiculé de l'utérus avec noyaux fibromateux disséminés dans l'organe. Le siège relativement bas du fibrome inséré juste au-dessus du col, l'ignorance de ce que donnerait ce fibrome au point de vue de l'accommodation foetale et la possibilité de son glissement praevia, joints à la mobilité du fibrome qui faisait prévoir une énucléation facile nous invitèrent à demander le concours du Dr Hamant pour en faire l'ablation.

Le 12 août à 8 heures : injection de 0,01 de morphine. A 10 heures, laparotomie médiane sous ombilicale. Le volume de l'utérus semble plus gros que ne l'indiquerait la date de ses dernières règles. On tombe de suite sur le fibrome inséré au voisinage du segment inférieur et sous péritonéal qu'on isole et énuclée facilement. C'est une masse irrégulière, bosselée, grosse comme un poing d'adulte, de consistance rénitente, pesant 350 gr. Sur la face antérieure de l'utérus, on voit 2 petits noyaux pédiculés de la grosseur d'une cerise et d'une noix, on les enlève. Deux autres fibromes interstitiels, faisant une légère voussure sous péritonéale au niveau du corps sont énucléés sans trop de difficulté, après sculpture du muscle utérin. D'autres noyaux plus petits sont laissés en place. Sutures soignées des incisions. L'ensemble des 5 fibromes pèse 410 gr. Aussitôt après l'intervention 0,01 morphine. La femme dès son réveil accuse des contractions utérines revenant toutes les 10', se prolongeant dans l'après-midi. A 16 heures, 3^e injection de 0,01 de morphine ; à la suite les douleurs s'atténuent. Pas de pertes sanguines. A minuit réapparition des contractions toutes les 10'. Le 13 août à 5 h. 0,01 morphine, sédation des douleurs qui réapparaissent vers 10 heures, morphine.

Les jours suivants, douleurs de plus en plus espacées calmées par la morphine.

31 août. H. U. = 21 cm. Mouvements foetaux perçus par la mère. Sortie.

La femme revient à la Maternité le 17 janvier 1923 en obser-

vation. Examen : sommet mobile en gauche. Auscultation positive, bassin normal.

Le travail se déclanche le 14 février à 13 heures, douleurs espacées tous les $\frac{1}{4}$ d'heure. Entre à la salle de travail à 18 heures ayant mal toutes les 10'. Le sommet est bien amorcé, dos à gauche, battements bons. Au toucher, col effacé, dilaté comme 50 centimes, poche des eaux intacte. Vers 20 heures, les douleurs deviennent plus violentes, toutes les 5'. A 23 h. 30 envies de pousser. Au toucher : dilatation complète, rupture artificielle des membranes, liquide purée de pois ; la tête s'engage en situation intermédiaire entre G. T. et G. A. Battements ralentis mais bien frappés : les contractions sont violentes et la femme pousse à chaque douleur. A minuit application de forceps à la vulve. Fille qui pèse 2.600 gr. : en état de mort apparente, ranimée facilement.

Délivrance sans incident $\frac{1}{2}$ h. après. On constate alors un utérus volumineux, bourré de petits fibromes, principalement au niveau du fond.

Sortie le 24 février.

Durée du travail 11 heures, de la dilatation 10 h. 30, de l'expulsion : $\frac{1}{2}$ heure.

OBSERVATION N° V

Fibrome sessile du col. — Hémorragies. — Myomectomie pendant la grossesse. — Accouchement à terme.

MM. FRUHINSHOLZ ET HAMANT. Bull. Soc. Gynécologie et Obstétrique 1923. P. 311.

Obs. 980 de la Maternité de Nancy. Année 1922.

M^{me} D... 42 ans, entre à la clinique obstétricale le 20 novembre 1922. A toujours été bien portante et bien réglée avant son mariage. Mariée à 27 ans, elle accouche un an après

très normalement ; elle allaite son enfant et recommence à être réglée au bout de 5 mois. Dès lors les règles sont régulières, mais deviennent abondantes, douloureuses et se mélangent de caillots ; il n'y a jamais de suintement sanguin intermenstruel. A part cela la malade se porte bien. Toutefois malgré le désir qu'elle en a, elle reste jusqu'à 42 ans sans redevenir enceinte. Les dernières règles sont finies du 4 mai 1922. Dans les premiers mois la grossesse évolue très normalement à part quelques douleurs vagues et de la pesanteur abdominale. Au début d'octobre (à 5 mois) perte de sang brusque, abondante, avec caillots, survenue sans cause apparente. Tout rentre dans l'ordre jusqu'au début de novembre où surviennent de nouvelles pertes qui dès lors ne cessent plus et altèrent très rapidement l'état général. Il n'y a aucun trouble de compression rectale ni vésicale.

Examen de la malade : état d'anémie et de pâleur très accentué. L'utérus est normalement développé et se présente flanqué vers l'hypocondre droit d'un fibrome gros comme le poing, indolore, nettement séparé. Au toucher, on a d'abord l'impression d'une partie fœtale très engagée ; à y regarder de plus près on s'aperçoit qu'il s'agit en réalité d'un autre fibrome, lui aussi gros comme le poing, développé dans la lèvre antérieure du col, inséré par une base large sur la partie antérieure et latérale droite du trajet cervical et saillant directement vers celui-ci. L'orifice externe du col est totalement effacé et dilaté comme 5 francs ; le trajet cervical est refoulé sous forme d'une large et profonde rigole semi-circulaire dont la convexité regarde en arrière et à gauche ; il est largement perméable à 2 doigts ; ceux-ci en pénétrant aussi profondément que possible n'atteignent pas l'extrémité supérieure du trajet et n'accèdent pas jusqu'à l'œuf. Chaque examen détermine une hémorragie considérable. En découvrant le col avec des valves on se rend compte que le sang qui s'écoule, provient de varices très développées sur la muqueuse vaginale de la lèvre antérieure du col. Dans ces conditions on prend le parti d'instituer le repos absolu, de remonter au préalable l'état général de la malade

par des injections de sérum, d'agir sur la coagulabilité de son sang par un traitement à base de sérum gélatiné et d'Hémostyl, après quoi on se résoudra à une intervention hémostatique. Celle-ci doit être en principe une simple myomectomie cervicale, mais toutes dispositions sont prises pour la convertir extemporanément en une hystérectomie totale si les circonstances l'exigent.

Le 28 novembre, intervention par le Dr Hamant. On répète sous anesthésie le toucher manuel pour tâcher de délimiter par le trajet cervical les limites supérieures de la tumeur, mais on n'y accède pas. On fait aux ciseaux une boutonnière sur la face antérieure de la lèvre antérieure du col qui est particulièrement vasculaire, les lèvres de la boutonnière saignent assez abondamment, mais donnent vite accès sur une coque blanche, relativement exangue, qui contient le fibrome. On suit facilement le plan de clivage à petits coups de ciseaux tandis qu'on tire progressivement sur la tumeur en la tordant sur elle-même, on parvient ainsi jusque sur une sorte de pédicule qu'on lie et sectionne. La coque vidée de son contenu saigne modérément, on y applique un tampon de sérum gélatiné.

Le fibrome extrait pèse 250 gr. La mèche est retirée le lendemain. On fait pendant plusieurs jours de suite de 2 à 3 centigrammes de morphine par jour en injections sous cutanées. Il y a quelques contractions douloureuses sans autre effet fâcheux. Dès lors la malade cesse de perdre du sang. Le 12 décembre à l'examen digital, on trouve le col reformé, on perçoit sur son trajet en avant une petite cavité froncée, représentant ce qui reste de la coque du fibrome.

L'évolution de la grossesse continue sans incidents. L'accouchement se fait normalement le 4 février 1923 à terme. Durée du travail 6 heures, rupture tempestive des membranes, col souple, expulsion d'un enfant de 3200 gr. Délivrance normale $\frac{1}{2}$ heure après, placenta de 430 gr. Allaité avec succès. Suites de couches normales.

OBSERVATION N° VI

Myomectomie au 3^e mois de la gestation. — Accouchement à terme

MM. HAMANT ET VERMELIN. Bull. Soc. Gynécol. Obst. 1922.
P. 288.

M^{me} C..., 33 ans, se présente le 20 août 1921. Elle se plaint de douleurs abdominales violentes qui l'empêchent de vaquer à ses occupations journalières. Le lit ne lui apporte qu'un soulagement de courte durée, plusieurs médications ont été employées sans succès et devant leur échec elle réclame une intervention chirurgicale.

Cette femme, campagnarde vigoureuse, a été réglée pour la première fois à 13 ans et depuis toujours régulièrement. Mariée à 28 ans, elle a cependant noté que ses règles étaient de plus en plus abondantes. D. R. = 10 mai 1921.

L'abdomen est volumineux ; au palper on délimite une tumeur remontant à mi-chemin de l'ombilic et empiétant sur la fosse iliaque gauche : tumeur dure, régulière, dont la mobilisation est douloureuse. Accolée à cette masse et rejetée à droite, une autre tumeur de consistance pâteuse et séparée par un sillon, paraît être l'utérus gravide. Le toucher confirme en tous points le palper.

En raison de la grossesse existante on repousse l'idée d'une intervention immédiate qui paraît devoir être une hystérectomie et on conseille le repos au lit qui est accepté de grand cœur, cette femme désirant ardemment un enfant. Ce traitement n'amène aucune amélioration, les douleurs réapparaissent par crises, le ventre est sensible à la pression et pensant à la possibilité de torsion du fibrome on se résout à l'intervention.

La laparotomie est pratiquée le 25 août après anesthésie rachidienne à la novocaïne. La masse perçue à gauche est un volumineux fibrome développé dans le ligament large qu'il

soulève et inséré à même l'utérus au niveau de la partie moyenne et du segment inférieur, sur la paroi latérale gauche. Le fibrome sessile est mobilisé et attiré au dehors ; sa base d'implantation est d'environ 6 sur 3 cm. de large. Une section en quartier d'orange est alors pratiquée, intéressant un bon tiers de la paroi utérine. Les tranches de section sont accolées par des points séparés au catgut, un surjet séro séreux enfouit la première suture. L'utérus qui était tordu sur son axe, entraîné à gauche, reprend alors sa situation normale. L'ovaire droit scléro kystique est extirpé.

Les suites opératoires sont excellentes ; dès le lendemain de l'intervention, les douleurs ont disparu. L'utérus n'a pas réagi et le cinquième jour on supprime l'injection de morphine préventive.

La gestation continue dans des conditions très bonnes et à terme l'accouchement se produit sans aucun incident après 15 heures de travail. Enfant vigoureux de 3.500 gr. Le fibrome qui mesure 22×16 pèse 2.450 gr. Le kyste ovarique du volume d'une orange pèse 250 gr.

OBSERVATION N° VII

Myomectomie avec ouverture de l'utérus dans les premiers jours de la grossesse.

M. REEB. Gynécologie et Obstétrique. 1921. T. III. P. 154.

M^{me} S. 35 ans. Nullipare, mariée depuis 1 an. Vient consulter le 20 mars parce qu'elle n'est pas encore enceinte. Règles tous les 24 jours, assez fortes. D. R = 1-4 mars 1920. Cohabitations répétées après ces règles. On trouve à l'examen un col normal, orifice fermé, une matrice assez grande, en anteflexion, portant sur sa corne droite une tumeur ronde et dure de la grosseur d'un œuf de pigeon. On propose à cette femme d'enlever cette

tumeur qui est peut-être un obstacle à la fécondation. Laparotomie le 22 mars 1920, la matrice est plutôt grande, la tumeur est un fibrome de la corne droite ; les ovaires sont infantiles, longs et étroits. On détache la trompe droite, le ligament rond et le ligament de l'ovaire, puis'on énuclée la tumeur. La cavité utérine est ouverte à ce moment, on la suture puis on reconstitue le muscle utérin, on recoud le ligament rond et le ligament de l'ovaire à leur ancienne place. La trompe droite ne communique plus avec la cavité ; on enfouit le moignon après l'avoir lié et on recouvre la suture utérine avec le mésosalpinx pour la péritonéaliser. Suites normales.

La malade quitte le service le 5 avril 1920, sans avoir eu ses règles durant son séjour à l'hôpital. Elle revient le 20 octobre 1920 et dit n'avoir plus eu ses règles depuis le 1^{er} mars, elle prétend avoir été enceinte déjà avant l'opération, n'ayant plus eu de rapports après l'opération jusqu'au 15 mai. Elle croit avoir perçu les mouvements fœtus le 16 juillet. On constate en effet une grossesse de 7-8 mois. Accouchement le 6 décembre. d'un enfant de 3.780 g. Délivrance normale.

En comparant les dates (D.R. = 1-4 mars, premiers mouvements le 16 juillet, accouchement le 6 décembre), il est sûr que cette femme était réellement enceinte déjà le 22 mars, jour de son opération. La grossesse, pouvant dater de 18 jours au maximum, n'a pas été interrompue malgré l'énucléation du fibrome et l'ouverture de la cavité utérine.

OBSERVATION N° VIII

Cas de myomectomie dans les premiers jours de la conception.

M. GOULLIQUOD. Bull. Soc. Gynecologie et Obstétrique 1921. P. 655.

Femme de 37 ans, mariée depuis 13 ans et qui n'avait eu qu'une fausse couche 3 ans avant. Consulte pour des ménorragies. Ses dernières règles remontaient, disait-elle, au 6 décembre. Je l'opérai le 22 décembre. En avril, je constatai une grossesse que je crus consécutive à la myomectomie, mais bientôt le développement rapide de l'utérus faisait supposer que la conception était antérieure au 22 décembre. Elle accoucha en effet le 23 septembre. Sa grossesse qui ne datait donc que de quelques jours lors de la myomectomie, n'avait pas été entravée par l'opération. Malheureusement cette femme eut un placenta prævia qui causa la mort de l'enfant. On doit l'attribuer au fibrome plus qu'à son ablation.

OBSERVATIONS N° IX

Fibrome pédiculé observé pendant le Travail.

M. PLAUCHU. Bull. Soc. Gynecologie et obstétrique. 1922 P. 250.

Multipare de 37 ans. Régulée à 13 $\frac{1}{2}$ ans. Jusque 25 ans règles peu abondantes, irrégulières.

1^{re} grossesse en 1909. Accouchement à terme d'un enfant mort in utero. A partir de ce moment, règles régulières en abondance et en durée.

2 ^e	grossesse en 1910 :	Avortement de 3 mois.
3 ^e	—	1911 : Accouchement à 7 mois de 2 jumeaux morts in utero.
4 ^e	—	1913 : Accouchement à terme.
5 ^e	—	1916 {
6 ^e	—	1918 { Accouchements à terme.
7 ^e	—	1920 { Enfants vigoureux.

Le début de l'affection paraît remonter à l'été 1921, à partir de ce moment, la malade au lieu de ses règles normales voit celles-ci se transformer en métrorragies légères et espacées, puis presque continues. Ces métrorragies se répètent et s'accompagnent de caillots ; en même temps la malade s'aperçoit que son ventre grossit ; une sage-femme diagnostique une grossesse de 4 mois et signale à la malade qu'elle a dans le vagin une tumeur du volume d'une « boule à raccommoder les bas ».

Ces hémorragies se répètent sans grande abondance, et la malade continue à vaquer à ses occupations. Le 26 novembre à 19 h, à l'occasion d'un effort défécation, elle a l'impression qu'un corps étranger s'échappe du vagin. Croyant accoucher et perdant du sang assez abondamment elle se fait transporter à l'Hôtel-Dieu à 22 heures. On constate à ce moment, faisant hernie à la vulve, une masse convexe, irrégulière, bourgeonnante, saignant un peu. L'utérus a le volume d'une grossesse de 7 mois, le fœtus en O. I. G. A. est vivant ; pas de contractions utérines. Malade mise en observation.

Le lendemain à 9 h., je constate à la vulve, la tumeur. Au toucher, le doigt pénétrant facilement au-dessus de son équateur rencontre au delà une surface conoïde aboutissant à un pédicule long de 3-4 cm, s'engageant dans le col entrouvert mais non effacé. Un toucher plus profond ne permet pas d'atteindre le point d'implantation du pédicule qui est plus ou moins comprimé entre la paroi utérine et l'œuf coiffant une présentation du sommet peu mobile. Celle-ci tend à se fixer et à développer le segment inférieur de l'utérus. Les traumatismes de l'examen ont provoqué des ruptures vasculaires sur la surface énuclée de la tumeur et une hémorragie notable se

produit. Le diagnostic posé, le traitement devient simple. La tumeur est attirée hors de la vulve, réclinée par un aide, une forte ligature est placée sur le pédicule qui est sectionné. L'extrémité centrale se rétracte aussitôt et disparaît dans la cavité utérine. On ne peut dire à ce moment si le travail est au début et il est permis d'espérer la continuation de la grossesse. Mais quelques heures après, les contractions utérines se précisent et la malade accouche sans incidents d'un enfant de 2.400 gr. La délivrance se fait ensuite normalement.

Léger mouvement fébrile à 38, les trois premiers jours. Guérison et sortie le 12^{me} jour. Malade revue en février 1922. Aucune hémorragie depuis. Utérus de volume et de situation normale.

OBSERVATION N° X

Dystocie provoquée par un fibrome interstitiel du segment inférieur. Section césarienne basse. Enucléation du fibrome. Suites fébriles. Guérison.

M. REEB. Bull. Soc. Obst. et Gynécol. 1922. P. 411.

M^{me} B. 36 ans ; mariée depuis un an. Règles régulières, durée 4-5 jours, assez abondantes. D. R. = 10 avril 1921, examinée au 3^e mois de la grossesse par un médecin qui n'avait rien constaté d'anormal. La parturiente est amenée à la Maternité le 19 janvier 1922, quelques heures après le début des douleurs, poche des eaux intacte. Température 36.4. Pouls 120. De constitution débile, forte bronchite, pas d'albumine. Bassin légèrement et également rétréci. Fond de l'utérus au rebord costal gauche, ligament rond gauche assez tendu. La tête mobile au-dessus du détroit supérieur est fortement déjetée sur la droite formant dans la matrice une forte bosse, la paroi utérine

est à cet endroit fortement amincie. Le siège est en haut à gauche, l'axe de la matrice est très oblique, allant de gauche en haut à droite en bas. Les bruits fœtaux ne sont pas perçus, mais la femme croit sentir des mouvements. Toucher : vulve de nullipare, vagin étroit, le col est situé très haut, à droite en avant, l'orifice externe est perméable pour un doigt, le canal cervical mesure 3-4 cm., l'orifice interne est à peine perméable. L'excavation est vide, je n'atteins pas le promontoire, mais j'arrive tout juste avec le doigt à une tumeur assez dure qui est au niveau du détroit supérieur et qui ne fait que bomber très légèrement dans l'excavation ; cette tumeur n'est pas mobile, ne se laisse pas refouler vers le haut et semble appartenir à la paroi gauche et postérieure du segment inférieur ; il est impossible de se rendre compte de la grandeur de l'obstacle car il échappe au toucher bimanuel. La matrice est en état de contraction permanente (tétanisation).

Je diagnostique un fibrome interstitiel, situé assez haut dans le segment inférieur et empêchant l'engagement de la tête. J'injecte aussitôt 0,01 de morphine pour atténuer la tétanisation de la matrice espérant qu'avec des contractions normales l'effacement du col se produirait et avec lui l'ascension du fibrome. Mais la détente attendue ne vint pas ; il y eut bien quelque temps après l'injection de morphine une légère atténuation de la tétanisation utérine, mais quelques heures après l'état était à nouveau le même. Une injection de spasmalgine ne produit pas de meilleur effet. Un 2^e toucher pratiqué 6 h. après le 1^{er} me permit de constater que l'effacement du col n'avait fait aucun progrès appréciable et que la tumeur était toujours à la même place. Les bruits fœtaux ne pouvant être perçus j'estimai que l'enfant était mort à cause de la tétanisation utérine.

Vu la persistance de la tétanisation, le non effacement du col et la non ascension du fibrome qui par son siège formait un obstacle absolu à l'engagement de la tête et à l'accouchement d'un enfant même perforé, je proposai la section césarienne qui fut acceptée.

Opération : incision de la symphyse au nombril. Le segment inférieur n'est pas très développé ; le péritoine mobile de l'excavation vésico-utérine remonte à environ un travers de main au-dessus de la symphyse. Incision transversale du péritoine qui est refoulé vers le bas avec la vessie ; incision longitudinale du segment inférieur qui est extrêmement aminci et prolongation de l'incision sur le corps (environ 5 cm.) La poche des eaux apparaît, remplie de liquide contenant beaucoup de méconium, la poche est percée et l'enfant mort extrait par la tête. (L'examen direct et la culture du liquide en révèlent la stérilité complète). L'hémorragie est presque nulle et la matrice se rétracte bien après l'extraction du placenta. Je place 2 pinces de Museux sur l'incision du segment inférieur et j'explore la paroi postérieure de la matrice. La tumeur diagnostiquée apparaît : il s'agit d'un fibrome interstitiel du segment inférieur descendant jusqu'à 5 cm. de l'orifice externe et remontant jusqu'à 5 cm. au-dessous du ligament ovarique gauche. J'incise le péritoine et la poche du fibrome et je l'énuclée facilement sans ouvrir la cavité utérine. Je capitonne la poche avec un surjet, puis j'adapte avec un 2^e surjet les tranches de la paroi utérine et j'ajoute un surjet péritonéal. L'hémorragie a été moyenne. Puis je suture l'incision de la section césarienne, je replace le péritoine de l'excavation utéro vésicale sur l'incision et le fixe par un surjet transversal. Je resèque enfin la trompe gauche qui est coudée par le surjet péritonéal de la paroi postérieure gauche. Je referme la paroi abdominale sans drainage.

Les suites opératoires furent normales pendant les premiers jours, à part une forte bronchite qui existait avant l'opération ; les agrafes sont enlevées le 7^e jour, la plaie abdominale est bien guérie. A partir du 7^e jour, fièvre vespérale à 39°, avec rémission le matin, pouls 100-110 Douleurs dans le bas ventre à gauche, pas de symptômes de péritonite, légères douleurs pendant la défécation. Le 12^e jour je constate au toucher une exudation molle et fluctuante dans le Douglas, le lendemain je fais une colpotomie postérieure et évacue une collection de

pus très fétide ; drainage avec un gros drain que je retire 8 jours après, l'écoulement purulent ayant cessé très vite. Il y eut encore dans la suite quelques élévations de la température, notamment au début des règles qui apparurent 33 jours après l'accouchement ; puis la malade se rétablit complètement.

OBSERVATION N° XI

Gros fibrome cervical. Myomectomie préfoetale à la dilatation complète.

M. VORON. Bull. Soc. Gynécologie et Obstétrique. 1921. P. 496.

Secondipare de 31 ans (1^{er} accouchement normal en 1912) entrée pour dystocie en plein travail à la Maternité de la Charité le 17 février 1921. Elle dit avoir des douleurs depuis près de 24 heures et avoir perdu les eaux depuis 10 heures. Un premier toucher permet de constater, remplissant presque la partie inférieure de l'excavation, une tumeur élastique, presque fluctuante du volume d'une orange, en avant de cette tumeur se trouve l'orifice cervical refoulé vers la symphyse, épais, dilaté transversalement à 2 centimètres et au travers duquel est sentie la tête, amorcée à la partie supérieure de l'excavation. Douleurs exagérées et irrégulières, 2 gr. de choral. Quatre heures plus tard, la dilatation a progressé transversalement jusqu'à 6-7 cm., la tête appuie fortement sur le fibrome tendant à s'insinuer entre celui-ci et la symphyse et le coïncant vers la concavité sacrée. Je vois la malade peu après, confirme le diagnostic déjà fait de fibrome prævia, précise la situation nettement cervicale de la tumeur, développée aux dépens de la lèvres postérieure de la portion vaginale, lèvres dont la partie non envahie forme à cette tumeur un petit pédicule. Le reste de l'orifice cervical étant très suffisamment dilatable et l'ac-

couchement ne pouvant évidemment se terminer spontanément, je décide une intervention immédiate.

Tout d'abord, espérant que la tumeur assez molle pourra sinon réascensionner au-dessus de la tête, du moins être aplatie, laminée dans la concavité sacrée par le passage de celle-ci, je pratique une application de forceps. Quelques tractions modérées me démontrent que la tumeur ne laissera pas la voie libre au fœtus, mais que, bien plutôt si j'insiste, entraînée au devant de la tête, elle sera arrachée de son insertion cervicale. Laissant alors le forceps en place, et une légère traction exercée sur celui-ci par un aide abaissant le fibrome jusqu'à l'orifice vulgaire, j'incise la muqueuse transversalement sur toute sa surface convexe la plus rapprochée de cet orifice, je pratique sans difficulté, dans un plan de clivage facilement trouvé, l'énucléation de la tumeur grosse comme une orange. J'extraits ensuite rapidement par le forceps laissé en place, un enfant vivant de 3000 gr. Aucun écoulement sanguin après l'extraction. Délivrance normale. J'ai eu un instant l'intention de tenter l'occlusion de la vaste plaie opératoire cervicale ; j'y ai vite renoncé devant la presque impossibilité de fermer une vaste cavité, à bords minces et irréguliers, sur lesquels une suture au fond du vagin aurait été particulièrement malaisée. D'autre part l'absence d'hémorragie écartait toute idée de tamponnement. Je laissais donc les choses en état après seulement une injection iodo-iodurée. Les suites furent simples, sauf une légère élévation de température pendant 3 jours. La malade a quitté le service 20 jours après l'intervention, avec son enfant qui se développait normalement.

Un examen local pratiqué au moment de la sortie, m'a permis de constater que l'orifice externe du col formait une ligne transversale de 3 cm. au moins d'étendue. Toute la lèvre postérieure de cet orifice, allongée transversalement, constituait une surface bourgeonnante, irrégulière, où l'on reconnaissait le tracé de l'incision faite pour énucléer le fibrome. Celui-ci paraît bien avoir été enlevé en totalité et l'état actuel du col ne laisse pas prévoir de rigidité particulière pouvant gêner les accouchements ultérieurs.

OBSERVATION N° XII

Fibrome sessile sous placentaire à deux grossesses successives. Énucléation par la voie intra-utérine.

M. GONNET. Bull. Soc. Gynécologie et Obstétrique. 1920. P. 208.

Première grossesse 1911. Grossesse et Accouchement normaux. Je fus appelé pour une adhérence totale du placenta sans hémorragie. Le décollement manuel de l'arrière faix fut laborieux surtout au niveau d'une masse dure et arrondie sur laquelle le placenta était inséré en son milieu. C'était une tumeur sessile du volume d'un citron, attachée au bord droit de l'utérus. Son énucléation digitale, la main extérieure maintenant et surveillant la paroi utérine fut assez facile. Suites de couches simples. — Deuxième grossesse 1919. 32 ans. Grossesse sans incidents. Accouche à terme après un travail de 11 heures d'un enfant vivant de 3.200 gr. Délivrance spontanée 30 minutes après, sans hémorragies. Mais à l'examen du placenta, on constate que sa face maternelle en son centre est tomentueuse sur une largeur d'une paume de main environ. Placenta de 500 gr. membranes complètes. Un toucher intra-utérin fait sentir sur la face postérieure du corps utérin, une tumeur dure, élastique, du volume d'un gros œuf. Etant donné le résultat de la première intervention, je tente l'énucléation de cette tumeur. J'y parvins aisément. Suites simples.

OBSERVATION N° XIII

Myomectomie sous muqueuse, post partum. pour hémorragies.

M. REEB. Gynécologie et Obstétrique. 1921. T. III. p. 156.

M^{me} W. 31 ans. Primipare. Grossesse normale à terme. Présentation de l'épaule, bassin normal, tête à droite, siège à gauche, col non complètement effacé, dilaté comme une paume, poche des eaux rompue, épaule gauche et dos en avant. Pendant l'examen, procidence du cordon. Voulant pratiquer la version, le confrère introduit la main dans le col et constate une tumeur, de consistance élastique, de la grosseur du poing, bombant fortement dans la cavité et s'insinuant avec une large base dans la paroi postéro supérieure gauche du segment inférieur, un peu au-dessus du détroit supérieur. La version podalique se fait aisément, mais l'extraction est difficile et laborieuse, le dégagement du bras droit et de la tête faisant beaucoup de difficultés. Enfant en asphyxie blanche qui ne peut être ranimé. Dérèglement manuel du placenta à cause d'une forte hémorragie : l'exploration de la cavité est faite ensuite le confrère craignant une déchirure. Il constate que le fibrome siège au-dessus de l'orifice interne et qu'à son insertion supérieure il est légèrement détaché de la paroi utérine. Suites de couches afebriles. Malgré l'ergotine, les lochies sont très hémorragiques, la femme continue à saigner assez abondamment pendant 3 semaines. Elle nous est adressée à cette époque. L'état de la nutrition est bon, mais la paleur est très accentuée. Température normale. On constate à l'examen un col assez court, perméable pour un doigt ; vers la gauche et en arrière on sent dans la cavité utérine une tumeur molle faisant vousse, la matrice elle-même est encore grande.

On procède à l'opération vaginale 27 jours après l'accouche-

ment. Incision médiane de la paroi antérieure du col après refoulement de la vessie ; énucléation du fibrome qui siège à l'endroit diagnostiqué ; forte hémorragie, les tissus sont très friables. Tamponnement de la matrice et réfection du col.

Suites fébriles au début. Sortie guérie le 15^e jour. Le fibrome de la grosseur d'un œuf de poule est mou et nécrosé presque entièrement.

OBSERVATION N° XIV

Fibrome pédiculé intracavitaire de l'utérus gravide. Accouchement à terme. Gangrène du fond de l'utérus pendant les suites de couches. Myomectomie et hystérectomie vaginale. Guérison.

M. GROSSE. Bull. Soc. Gynécologie et Obstétrique. 1922. P. 673.

Secondipare de 26 ans. 1^{er} accouchement à terme suivi d'infection puerpérale. Guérison. Règles normales. 2^{me} grossesse. 10 jours avant le terme menace d'accouchement prématuré enrayée par la morphine. Accouchement à terme et délivrance normale. Dès le lendemain, douleurs abdominales, pas de température. Vers le 4^{me} jour, température 37. 5 à 38. 5, état général mauvais, facies terreux, pouls rapide, subictère, albuminurie. On pratique des injections intra-utérines. 10 jours après l'accouchement apparaît à l'orifice externe du col une tumeur grisâtre que la sonde peut contourner, c'est un polype sphacélé du volume d'un œuf de dinde, allongé, dont le pédicule se prolonge dans la cavité utérine où il semble s'insérer au milieu du fond. Le polype est saisi avec une pince de Museux et son pédicule se rompt de lui même dès qu'on attire le polype. En pratiquant une injection intra-utérine on constate une perforation de l'utérus. Hystérectomie vaginale immédiate. Guérison en un mois.

Vu :

Nancy le 25 Novembre 1923.

Le Président de la Thèse :

A. FRUHINSHOLZ.

Vu :

Nancy le 28 Novembre 1923.

Le Doyen :

L. SPILLMANN.

Vu et permis d'imprimer :

Nancy le 29 Novembre 1923.

Le Recteur de l'Académie :

Ch. ADAM,

Membre de l'Institut.

BIBLIOGRAPHIE

- AUDEBERT. — La cicatrice utérine après la section césarienne, Gynécologie et Obstétrique. 1923. T VII. N° 6 P. 487.
- AUDEBERT et FOURNIER. — Bulletin de la Société de Gynécologie et Obstétrique. 1921 P. 773. 1923. P. 416.
- BALARD. — Bulletin Soc. Gynécologie et Obstétrique 1922 P. 488.
- BARBIER. — Sphacèle des fibromes utérins au cours de la grossesse. Th. Bordeaux 1920.
- BÉCLÈRE. — Radiothérapie des fibromyomes utérins. Annales de Gynécologie et Obstétrique 1918
- BENDER. — Bulletin Soc. Gynécologie et Obstétrique 1914. P. 490
- BENOIT-GONIN. — Grossesse après myomectomie. Th. Lyon 1913.
- BONIER. — Myomectomie abdominale dans le traitement des fibromes utérins. Th. Lyon 1904.
- BONNEY. — British medical Journal mars 1918.
- BOURSIER — Intervention chirurgicale dans les dystocies pour fibromes. Congrès de Nantes 1901.
- BRINDEAU. — Presse Médicale 1923. N° 34.
- BRINDEAU et de SOUBRY. — Fibrome et gestation. Presse Médicale 1923. P. 9.
- BRODHEAD. — Communication in Gynécologie et Obstétrique 1920. T. II. P. 62.
- BURTY. — Fibromes compliqués de grossesse. Th. Paris 1906.
- CATHALA. — Bulletin Soc. Gynécologie et Obstétrique 1912. P. 432.
- CHAHBAZIAN. — Thèse Paris 1882.
- CHAVANNAZ. — La Gynécologie sept. 1912.
Annales de Gynécologie 1912.
Congrès de Chirurgie octobre 1919.
Gynécologie et Obstétrique 1920. T. I P. 100.
- CLEIZ. — Fibromes gravidiques. Thèse Nancy 1908.
- COMMANDEUR. — Bulletin Soc. Gynécologie et Obstétrique 1912. P. 984.

- CONDAMIN. — Myomectomie et grossesse. Lyon Médical 1904.
P. 86.
- COTTE. — Myomectomie pendant la grossesse : Société de Chirurgie de Lyon 26 janvier 1912.
- COUVELAIRE. — Annales Société Obstétricale de France 1909.
Myomectomie et gestation : Société d'Obstétrique et Gynécologie 13 février 1922.
- DARTIGUES. — Revue française d'Obstétrique et Gynécologie.
Janvier 1921. P. 1.
Myomectomie pendant la gestation. Presse Médicale.
1923. P. 127.
- DEHAN. — Fibromes du Segment Inférieur et Accouchement.
Th. Bordeaux. 1923.
- DELBET. — Société de Chirurgie 21 mai 1902.
- DELGA. — Torsion des fibromes utérins. Th. Toulouse 1920.
- DELLE-CHIAJE. — Bulletin Soc. Gynécologie et Obstétrique 1913.
P. 663.
- DEMBOWSKA. — Gynécologie et Obstétrique 1923. T. VII. P. 435.
- DEMELIN et BRINDEAU. — Soc. Obstétrique de Paris 19 mai 1910.
- DIDIER et HIDDEN. — Bulletin Soc. Gynécologie et Obstétrique
1922. P. 106.
- DUPONT. — Bulletin Soc. Gynécologie et Obstétrique 1923. P. 19.
- EPARVIER. — — 1922. P. 686.
- FABRE. — — 1912. P. 232.
- FABRE et BARBIER. — — 1920. P. 507.
- FAUGÈRE et ROCHE. — — 1920. P. 59.
- FAURE. — — 1922. P. 75.
- FONTAINE. — Myomectomie au cours de la Grossesse. Th. Paris.
1913-14
- FRUHINSHOLZ. — Bulletin Soc. Gynécologie et Obstétrique. 1920.
P. 602.
- FRUHINSHOLZ et HAMANT. — — 1923. P. 311.
- FRUHINSHOLZ et MICHEL. — Gynécologie et Obstétrique 1921. T.
III. P. 55.
- GOINARD et LAFFONT. — Bulletin Soc. Gynécologie et Obstétrique.
1914. P. 415.

- GONNET. — 1920. P. 208.
- GOULLIoud. — 1921. P. 654.
- Myomectomie dans le traitement des fibromes Soc. de Chirurgie de Lyon 15 décembre 1921.
- Indications de la myomectomie. Presse Médicale 1922. P. 168.
- GROSSE. — Thèse Paris 1903.
- Revue française de Gynécologie et Obstétrique 1921. P. 336.
- Bulletin Soc. Gynécologie et Obstétrique 1922. P. 673.
- GUGGISBERG. — Schweizerische Medizinische Wochenschrift. Bâle. T. II. N° 17. 1921.
- HAMANT et VERMELIN. — Bulletin Soc. Gynécologie et Obstétrique 1922. P. 288.
- HARTMANN. — Myomectomie pendant la gestation. Presse Médicale 1911. P. 933.
- Bulletin Soc. Gynécologie et Obstétrique 1923. P. 27.
1923. P. 187.
- HEINECK. — Gazette Sciences Médicales de Bordeaux. 1920. Nos 37, 38, 39.
- HEINROTAY. — Gynécologie et Obstétrique 1921. T. IV. P. 147.
- HEPP. — Bulletin et Mémoires Société Chirurgie 1900. P. 1171.
- HUBLARD. — American Journal Obstetric 1905. P. 317.
- JAMAIN. — Fibromes utérins et puerpéralité. Th. Paris 1907.
- JEANNIN. — Bulletin Soc. Gynécologie et Obstétrique 1914 P. 84.
- JOB (P.) — Sur le fonctionnement de la clinique Baudelocque pendant l'année 1921. Th. Paris 1923.
- JOB et HAMANT. — Bulletin Soc. Gynécologie et Obstétrique 1923. P. 314.
- JOUBERT. — Indications opératoires au cours de la Grossesse compliquée de fibromes. Th. Paris 1906.
- KLEIN. — Grossesse après myomectomie. Gynécologie et Obstétrique 1921. N° 6. P. 440.
- LANCE. — Myomectomie pendant la gestation. Société des Chirurgiens de Paris 28 octobre 1910.
- LEFEBVRE Joseph. — Avenir obstétrical des femmes ayant subi la myomectomie. Th. Paris 1922.

- LEFOUR. — Thèse agrégation Paris 1880
- LE LORRIER et DUCHÈNE. — Bulletin Soc. Gynécologie et Obstétrique 1922. P. 400.
- LE LORRIER et DELAPCHIER. — Bulletin Soc. Gynécologie et Obstétrique 1922. P. 102.
Myomectomie pendant la grossesse. Presse Médicale. 1912. P. 295.
- LEPAGE. — Conduite à tenir, chez les femmes enceintes présentant des fibromes de l'utérus. Presse Médicale 1911. P. 998.
- LEPAGE et MAUCHETTE. — De la torsion des fibromes au cours de la Grossesse. Soc. Obstétrique Gynécologie et Pédiatrie 8 janvier 1906.
- LEROUX. — Contribution à l'étude de la nécrobiose des fibromyomes de l'utérus durant la grossesse. Th. Paris 1923.
- LOICQ. — Gynécologie et Obstétrique 1921. T. IV. P. 148.
- MACKENRODT. — Zeitschrift für Geb. und Gynéc. 1894. T. XXXI.
- MAYO S. — Journal of the American Med. Assoc. Juin 1920. *
- MÉHEUT. — Fibromes gravidiques Th. Paris 1902.
- MÉRIEL. — Bulletin Soc. Gynécologie et Obstétrique 1913. P. 414.
- METZGER. — — — 1922. P. 237.
- MORISSON LACOMBE. — Avenir Obstétrical des femmes ayant subi la césarienne itérative. Th. Paris 1920.
- MOURE. — Bulletin Soc. Gynécologie et Obst. 1923. P. 185.
- OZENNE. — Société des Chirurgiens de Paris 28 octobre 1910.
- PAUCOT. — Bulletin Soc. Gynécologie et Obstétrique 1920. P. 482.
- PAUCOT et PAQUET. — — — 1914. P. 545.
- PINARD. — Annales de Gynécologie et Obstétrique janvier 1905.
- PLANCHU. — Bulletin Soc. Gynécologie et Obstétrique 1921. P. 518.
— — — 1922. P. 250.
- PLANCHU et GAUDRON. — — — 1923. P. 306.
- POZZI. — La myomectomie abdominale. Presse Médicale 1908. P. 849.
- REEB. — Fibromes et gestation. Gynécologie et Obstétrique 1921 T. III. N° 2-3.
Bulletin Soc. Gynécologie et Obstétrique 1922. P. 411.

- Diagnostic de la grossesse accompagnée de fibromes.
Bull. Soc. Gynécologie et Obst. 1923. P. 437.
- *RICHELOT. — Société Obstétrique, Gynécologie et Pédiatrie 10 juin 1901.
Rapport du XIV^e Congrès de Chirurgie de Paris octobre 1901.
- ROUTIER. — Société Obstétrique, Gynécologie et Pédiatrie 11 novembre 1902.
- SEITZ. — Munchener Med. Woch. 13 juin 1911.
- TATE. — Lancet Clinic 20 mai 1916.
- TÉDENAT. — Bulletin Soc. Gynécologie et Obstétrique 1922. P. 542.
- TEULIÈRE. — Fibrome et grossesse Th. Bordeaux 1921.
- THUMIN. — Arch. für Gynækol. 1901. T. LXIV.
- TOURNEUX. — Bulletin Soc. Gynécologie et Obstétrique 1919. P. 202.
- TREUB. — Fibromes utérins et fécondité. Soc. Obst. Paris 1904.
- TUFFIER. — Myomectomie dans le traitement des fibromes de l'utérus. Société de Chirurgie 18 Nov. 1903.
Bulletin Académie Médecine 1922. P. 599.
- VALLOIS. — Bulletin Société Gynécologie et Obstétrique 1913. P. 370.
- VARNIER et DELBET. — Annales de Gynécologie, 1897.
- VAUTRIN. — Traitement chirurgical des myomes utérins 1886.
Bulletin Soc. Gynécologie et Obstétrique 1920. P. 592.
Gynécologie et Obstétrique 1921. T. III. P. 55.
- VIEL. — Fibromes gravidiques Th. Paris 1920.
- VIGNES. — Journal des Praticiens 1921. P. 122.
- VILLANDRE. — Presse Médicale 1922. P. 206.
- VINCENT et FERRARI. Bulletin Soc. Gynécologie et Obstétrique 1912. P. 100.
- VINCENT et ROUVIER. — Bulletin Soc. Gynécologie et Obstétrique 1922. P. 425.
- VORON. — Bulletin Soc. Gynécologie et Obstétrique 1920. P. 398.
— — — 1921. P. 496.
- VORON et VERGNORY. — — — 1920. P. 371.
- WYDER. — Arch. für Gynæk. 1891. T. XVI. P. 222.

